



La formation des sages-femmes face aux mutilations sexuelles féminines. Évaluation des pratiques professionnelles et propositions d'amélioration des prises en charge

Myriam Parpaite-Clain

► To cite this version:

Myriam Parpaite-Clain. La formation des sages-femmes face aux mutilations sexuelles féminines. Évaluation des pratiques professionnelles et propositions d'amélioration des prises en charge. Gynécologie et obstétrique. 2014. dumas-01063220

HAL Id: dumas-01063220

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01063220>

Submitted on 11 Sep 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES



Faculté de Médecine de Paris Descartes

ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Présenté et soutenu publiquement

Le 28 avril 2014

par

Myriam PARPAITE-CLAIN

Née le 30 septembre 1990

**La formation des sages-femmes face aux
mutilations sexuelles féminines**

Evaluation des pratiques professionnelles et propositions
d'amélioration des prises en charge

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Madame HUCK Valérie

Sage-femme, PMI d'Ermont

CO-DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Madame DUQUENOIS Sylvie

Sage-femme enseignante, école Baudelocque

JURY :

Dr ANSELEMO Olivia

Madame MESNIL Nicole

Madame MAREST Cécile

Madame DEMISSY Géraldine

Madame DUQUENOIS Sylvie

Représentant du Directeur Technique et d'Enseignement

Représentant de la Directrice de l'école Baudelocque

Sage-femme

Sage-femme

Sage-femme enseignante, école Baudelocque

Mémoire N° 2014PA05MA26

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement Valérie Huck, qui non seulement a accepté de diriger ce mémoire mais qui m'a fait découvrir ce sujet si intéressant. Merci pour tout le temps que vous m'avez consacré, vos conseils, vos corrections. Rédiger ce travail n'aurait pas été aussi passionnant sans toutes nos discussions animées et passionnées!

Un grand merci à Madame Duquenois d'avoir co-dirigé ce mémoire. Vos conseils et votre disponibilité ont été un précieux soutien tout au long de ce travail.

Ce mémoire marque la fin de quatre belles années à l'école de sages-femmes. Il y a eu des passages difficiles mais ce sont les grands moments et toutes les petites victoires que je garderai en tête. Merci à cette fantastique promotion, j'espère que nous garderons les liens que nous avons créés ! Marina, Emma, Noémie, un grand merci particulier à toutes les trois. Je suis chanceuse d'être tombée sur vous.

Merci à ma maman pour son soutien de tous les jours, pour ses relectures attentives et pour tout le reste !

Un grand merci à mon frère de toujours se réjouir pour moi et courage pour la fin de ta thèse qui sera, j'en suis sûre, très réussie !

Je tiens à remercier mes grands-parents pour tout, du début jusqu'à la fin. Vous êtes toujours présents à chaque moment important de ma petite vie.

La liberté des femmes est au cœur de mon travail, merci Salma de si bien l'incarner.

Valou, MERCI pour ta patience et ton aide pour finaliser ce travail !!! Je m'en souviendrai au moins jusqu'à notre demi-siècle !

Enfin, un grand merci à tous ceux qui sont là au quotidien, qui ont entendu parler de ce mémoire de nombreuses fois sans jamais se plaindre et qui me soutiennent toujours : Jeremy, Valentine, Antoine, Rouben, Elise, Picus, Jennifer, Antoine et Valentin, Marcella et bien sûr l'équipe du So what !

Table des matières

Introduction	- 1 -
Première partie : Généralités sur les mutilations sexuelles féminines	- 3 -
1. Rappels généraux.....	- 3 -
2. Aspect historique, culturel et religieux.....	- 7 -
3. Aspect juridique	- 8 -
4. La prévention, meilleur moyen de lutte contre les mutilations sexuelles féminines ?	- 11 -
5. La reconstruction clitoridienne	- 13 -
Deuxième partie : Méthodologie du mémoire	- 15 -
1. Problématique.....	- 15 -
2. Hypothèses.....	- 15 -
3. Objectifs.....	- 16 -
4. Présentation de l'étude	- 16 -
4.1. L'étude.....	- 16 -
4.2. Matériel et méthode	- 17 -
4.3 Résultats	- 18 -
Troisième partie : Discussion.....	- 29 -
1. Forces et faiblesses de l'étude.....	- 29 -
2. Les connaissances et l'intérêt des sages-femmes pour les mutilations sexuelles féminines	- 29 -
2.1. Les connaissances médicales.....	- 29 -
2.2 Les connaissances sociales et culturelles.....	- 30 -
2.3 Les connaissances juridiques.....	- 31 -
2.4 Intérêt des sages-femmes	- 33 -
3. Les pratiques et les prises en charge des sages-femmes auprès des patientes mutilées	- 33 -
3.1 Des prises en charge encore insuffisantes.....	- 33 -
3.2 Un manque de prévention majeur	- 35 -
4. Le rôle et la place de la sage-femme	- 36 -
4.1 La prévention	- 36 -
4.2 La reconstruction clitoridienne	- 37 -
4.3 Ecoute, information et orientation	- 38 -
5. Une formation insuffisante des sages-femmes sur le sujet des mutilations sexuelles féminines	- 39 -

5.1 La formation initiale.....	- 39 -
5.2 La formation professionnelle continue.....	- 41 -
5.3 Nécessité d'un outil pédagogique.....	- 42 -
Conclusion.....	- 57 -
Bibliographie	- 58 -
Annexes	- 61 -

Liste des tableaux

Tableau 1 - Prévalence des MSF dans quelques pays d'Afrique.....	- 5 -
Tableau 2 - Chronologie des accords internationaux concernant les MSF	- 9 -
Tableau 3 : Les complications obstétricales liées aux MSF citées par les sages-femmes	- 22 -
Tableau 4 : Raisons pour lesquelles les sages-femmes n'abordent pas le sujet des MSF.....	- 24 -
Tableau 5 : Raisons pour lesquelles les sages-femmes n'annonceraient pas la MSF -	25 -
Tableau 6 : Les éléments qui manquent aux sages-femmes dans leur formation initiale	- 27 -
Tableau 7 : Récapitulatif de la législation française	- 50 -

Liste des figures

Figure 1 : Schéma des différents types de mutilations sexuelles féminines	- 4 -
Figure 2 : Répartition géographique des MSF en Afrique.....	- 5 -
Figure 3 : Répartition des réponses en fonction des écoles de sages-femmes....	- 18 -
Figure 4 : Taux de réponses en fonction de l'année du Diplôme d'Etat	- 18 -
Figure 5 : Appréciation des connaissances quant aux mutilations sexuelles féminines par les sages-femmes	- 19 -
Figure 6 : Diagnostic des mutilations sexuelles féminines par les sages-femmes -	20 -
Figure 7 : Les connaissances des sages-femmes face aux mutilations sexuelles féminines	- 21 -
Figure 8 : Les pratiques des sages-femmes face aux mutilations sexuelles féminines-	23 -

Liste des annexes

Annexe I : Questionnaire diffusé auprès des sages-femmes	- 62 -
Annexe II : Tableau récapitulatif de la législation africaine associé aux prévalences des MSF pour chaque pays.....	- 67 -
Annexe III : Technique détaillée de la reconstruction clitoridienne et schéma du clitoris	- 68 -
Annexe IV : Répartition géographiques des femmes ayant subi des mutilations sexuelles féminines en France	- 69 -
Annexe V : Plaquette « Agir face aux mutilations sexuelles féminines »	- 70 -

Lexique

MSF = Mutilation Sexuelle Féminine

PMI = Protection Maternelle et Infantile

OMS = Organisation Mondiale de la Santé

IST = Infection Sexuellement Transmissible

ASE = Aide Sociale à l'Enfance

GAMS = Groupe pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles

MFPF = Mouvement Français pour le Planning Familial

SDN = Salle De Naissance

DE = Diplôme d'Etat

SF = Sage-Femme

UNICEF = United Nations International Children's Emergency Funds

FPC = Formation Professionnelle Continue

CAMS = Commission pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles

CRIP = Cellule de Recueil, de traitement et d'évaluation des Informations

Préoccupantes

TGI = Tribunal de Grande Instance

Introduction

On estime aujourd'hui qu'il y a entre cent-trente et cent-quarante millions de femmes ou de fillettes ayant subi des mutilations sexuelles dans le monde. Cela représente une fillette ou une femme excisée dans le monde toutes les quinze secondes [1].

Leur origine remonte à l'époque des pharaons [2]. Certaines régions ont abandonné ces pratiques mais là où elles demeurent, elles sont profondément ancrées dans les coutumes et très difficiles à évincer.

Les phénomènes migratoires ont permis aux pays du Nord de prendre conscience de ce problème de santé publique, et la France est un pays pilote en matière de lutte contre l'excision [3].

Au cours de la formation de sage-femme, confrontée à une population ayant subi des mutilations sexuelles féminines lors de mon stage à la protection maternelle et infantile, je me suis plus particulièrement intéressée à ce sujet dont j'ai pu entrevoir toute la complexité des traditions et réaliser l'importance de notre rôle auprès des femmes mutilées.

En étant plus attentive à ces patientes, je me suis rendue compte qu'elles n'étaient pas prises en charge de façon optimale la plupart du temps. Notre formation ne semblait pas nous permettre d'assurer un suivi global de ces femmes. Le caractère violent des mutilations sexuelles féminines, leur dimension culturelle et l'image que nous nous en faisons dans nos sociétés occidentales semblent créer comme un fossé entre les patientes et les soignants, et ne facilitent pas l'instauration d'un dialogue pourtant essentiel.

Afin de mieux comprendre cela, et dans le but d'améliorer nos pratiques professionnelles, j'ai souhaité mettre en place une étude afin de déterminer l'état des connaissances des jeunes sages-femmes mais aussi leurs sentiments vis-à-vis de leurs pratiques et essayer de comprendre pourquoi les patientes excisées sont si difficiles à prendre en charge pour elles.

Ce mémoire se compose de trois parties ; la première partie est théorique exposant ce que sont les mutilations sexuelles féminines, reprenant leur historique et le contexte culturel et social dans lequel elles s'inscrivent et se perpétuent.

La deuxième partie est consacrée à l'étude de recherches que j'ai menée afin de répondre aux problématiques du sujet. Les résultats y sont exposés.

Enfin la troisième et dernière partie est dédiée à la discussion de ces résultats et à la proposition de solutions qui pourraient éventuellement aider les sages-femmes à mieux prendre en charge les femmes ayant subi des MSF.

Première partie : Généralités sur les mutilations sexuelles féminines

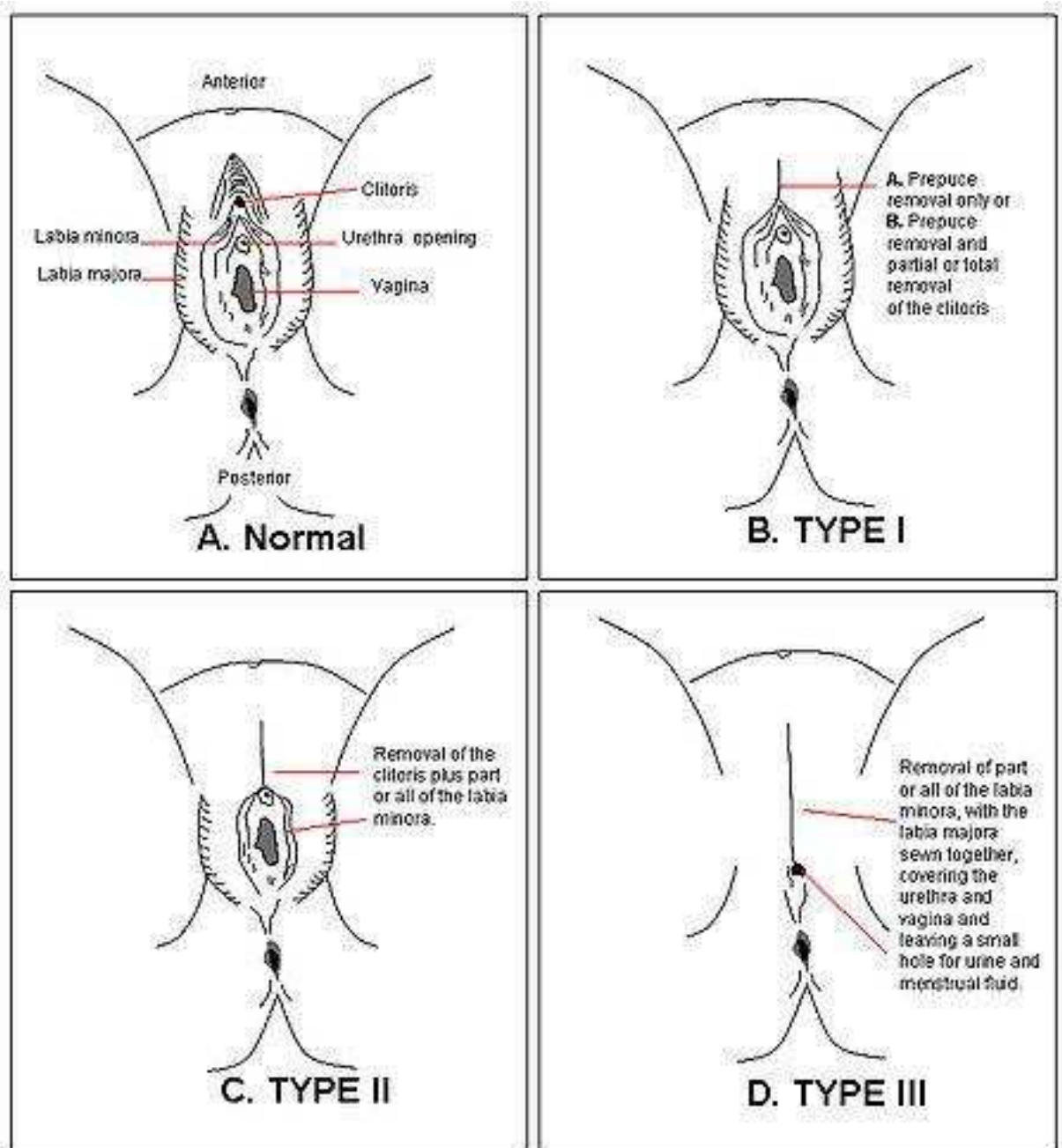
1. Rappels généraux

Les Mutilations Sexuelles Féminines (MSF) consistent en l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes des femmes [4].

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) classe ces mutilations en quatre types :

- Type 1 : consiste en l'ablation du prépuce clitoridien parfois associée à l'ablation partielle ou totale du clitoris.
- Type 2 : il s'agit de l'excision du clitoris ainsi que de l'excision partielle ou totale des petites lèvres.
- Type 3 : consiste en l'ablation du clitoris et des petites lèvres comme dans les MSF de type 2 à laquelle s'ajoute une infibulation c'est à dire un rétrécissement de l'orifice vaginal. Seul un petit orifice est laissé afin que les urines et les menstruations puissent s'écouler.
- Type 4 : regroupe des pratiques très spécifiques de certaines ethnies comme l'étirement des petites lèvres, les piqûres, les perforations ou encore les incisions.

Les MSF de type I et II sont les plus répandues, les types III et IV ne sont pratiquées que par certaines ethnies africaines.



Les MSF sont p [Figure 1 : Schéma des différents types de mutilations sexuelles féminines](#) n Asie du Sud-Est et on les retrouve également dans les pays du Nord du fait des mouvements migratoires qui ont eu lieu ces dernières décennies notamment en Europe occidentale, en Amérique du Nord, en Australie et en Nouvelle-Zélande [5]. Mais ces dernières sont surtout pratiquées en Afrique sub-saharienne dans vingt-huit pays, notamment dans la région de la Méditerranée orientale où leurs prévalences sont particulièrement élevées. Ces données géographiques sont renseignées sur la carte et le tableau suivants [6] [7] :

Il est très difficile de définir précisément le nombre de femmes excisées dans le monde ainsi que de connaître quel type de MSF est pratiqué selon les régions et à quelle fréquence, mais aujourd'hui on estime qu'entre cent et cent-quarante millions de femmes sont concernées. Six millions et demi d'entre elles vivent dans des pays du Nord.

Ces chiffres sont plus précis depuis les années 1990 grâce aux enquêtes nationales mises en place dans une démarche de lutte contre l'excision associées à différentes conventions dans le but de protéger les filles de cette mutilation. On peut notamment citer la Convention internationale sur les droits de l'enfant, entrée en vigueur le 6 septembre 1990 et qui stipule que « les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et prennent toutes les mesures efficaces appropriées en vue d'abolir les pratiques traditionnelles préjudiciables à la santé des enfants » [9] [10].

En effet ces mutilations ont des conséquences très délétères sur la santé des filles puis des femmes. Les complications peuvent survenir directement après l'excision notamment le décès par hémorragie, la douleur aiguë (pouvant entraîner un état de choc neurogénique), des lésions des organes de voisinage notamment l'urètre, le vagin et le périnée ainsi que des fractures dues au maintien des petites filles ou des femmes si elles se débattent. Les MSF peuvent, par la suite, entraîner des complications médicales à moyen et long terme. On peut notamment citer les infections urinaires aiguës ou chroniques, les infections génitales qui peuvent être à l'origine d'infertilité, les dysménorrhées, toutes les complications liées à la cicatrisation et la possible transmission d'Infections Sexuellement Transmissibles (IST)[11] [12].

Viennent s'ajouter à cela les complications obstétricales [11] [13] [14]. Il y a un risque plus important pour ces femmes de fausses couches spontanées et d'accouchements prématurés en raison des infections génitales et urinaires chroniques auxquelles elles sont plus souvent exposées. Elles sont également plus à risques de déchirures périnéales compliquées, de dystocie de dégagement, d'une durée de travail augmentée et d'hémorragie du post-partum.

Les durées de travail allongées conduisent parfois à la formation de fistules et à un taux d'issues néonatales défavorables augmenté par rapport à la population générale. En effet, on associe à ces pratiques, entre un et deux décès périnataux supplémentaires pour cent accouchements chez les enfants nés de femmes mutilées [8].

Parallèlement à ces complications d'ordre purement médical, il ne faut pas oublier de mentionner les lourdes séquelles psychologiques et sexuelles qui peuvent être présentes.

Les MSF contribuent donc directement et indirectement à la morbidité et à la mortalité maternelle mais aussi néonatale.

2. Aspect historique, culturel et religieux

Les MSF se perpétuent depuis la nuit des temps, leur origine n'est pas exactement connue mais les premières civilisations les pratiquaient déjà. On retrouve les premières traces écrites de cette coutume dans les textes d'Hérodote (-484 ; -425) puis dans les textes gréco-byzantins et tout au long de l'Humanité.

Elles étaient déjà pratiquées dans l'Egypte Antique, il y a plus de 5000 ans du temps des pharaons.

Très tôt, l'argument esthétique apparaît et se maintient ainsi que la volonté d'éviter l'infidélité et la masturbation. En effet, Avicenne décrivait au XI^{ème} siècle le clitoris comme « une proéminence devant être corrigée par la chirurgie », et au Moyen-Âge, Albert le Grand soutenait l'excision car le clitoris était une tentation qui conduisait les femmes à de multiples excès. Ces pratiques se sont perpétuées au fil des âges. L'excision, qui aujourd'hui se fait le plus majoritairement en Afrique, n'y a été pratiquée que plus tard, les premiers témoignages remontent au XVII^{ème} siècle.

En Europe, notamment en France et en Angleterre, les clitoridectomies ainsi que les infibulations sont également pratiquées et ce jusqu'en 1920 afin de « lutter contre le vice masturbatoire, l'hystérie et autres désordres mentaux » [2].

Dans ces textes historiques, on retrouve toujours une volonté de contrôle sur les femmes et sur leur sexualité à travers leurs corps.

Dans l'imaginaire collectif, les mutilations sont souvent associées à des pratiques religieuses notamment à l'Islam. Cependant, lorsque l'on retrace l'histoire, ces pratiques existaient bien avant l'arrivée des religions monothéistes et on ne retrouve rien dans les textes religieux qui puisse les justifier. En effet, le Coran ne mentionne nullement l'excision.

Ce n'est pas la religion d'un pays qui est corrélée au risque d'excision mais les différentes ethnies et leurs propres coutumes car bien souvent l'excision est un rite

initiatique pour les jeunes filles mais aussi un rite protecteur où apparaissent les notions de pureté, de beauté et d'hygiène.

Il faut également comprendre que l'excision est entourée de « fausses croyances » et de mythes se transmettant de mère en fille dans le cadre d'une éducation traditionnelle. Certaines femmes croient que leur clitoris peut rendre leur mari stérile ou leur enfant à naître malade. Certaines ethnies maliennes considèrent le clitoris comme un dard appelé « Wanzoo », qui piquerait le mari, le blesserait voire même le tuerait.

Le clitoris est également associé à un vestige masculin et sa suppression permettrait d'affirmer son identité sexuelle féminine. Dans certaines ethnies, l'enfant non excisé est considéré comme androgyne et appelé « bilakourou » [15].

On touche ici à l'un des aspects les plus compliqués des MSF car elles sont liées à des pratiques culturelles traditionnelles [7] qui nous sont peu connues et notre vision occidentale est très opposée à celle de ceux qui les pratiquent. Il est nécessaire d'essayer de comprendre les logiques sociales et familiales dans lesquelles s'inscrivent ces faits afin de mieux pouvoir les prévenir. En effet, une femme non excisée dans les ethnies concernées par ces pratiques ne pourra pas se marier, sera répudiée et ne pourra pas faire partie de la société. Il s'agit aussi d'un signe d'appartenance ethnique auquel il est difficile de renoncer si ces femmes veulent pouvoir vivre au sein de leur société.

Ces dimensions culturelles, sociologiques, sexuelles, esthétiques et historiques [16] pourraient expliquer la difficulté de prise en charge et de dialogue entre les professionnels de santé et les femmes ayant été excisées car il y a une forte incompréhension de ces pratiques dans le monde occidental. En effet, sans connaître ces différents aspects liés aux MSF, il est difficile de comprendre le fait que ces dernières se perpétuent.

3. Aspect juridique

En France et dans le monde, il existe un important dispositif juridique pour lutter contre les MSF [7]. Des accords internationaux ont pour but de protéger la santé et l'intégrité physique des femmes et des enfants. On peut notamment citer la Déclaration Universelle des droits de l'Homme (qui dès 1952 rajoute une résolution où les mutilations sexuelles féminines apparaissent) ainsi que la convention relative aux droits de l'enfant ratifiée par 192 pays dans le but d'abolir ces pratiques

traditionnelles. A cela viennent s'ajouter des textes propres aux pays d'Afrique, notamment la charte africaine des droits de l'Homme et des peuples en 1990 ayant pour but de protéger l'intégrité physique et morale. Il faut attendre 2003 pour qu'un protocole condamnant et interdisant officiellement toutes les MSF voit le jour, et soit signé par tous les pays membres de l'union africaine.

1948	Déclaration universelle des droits de l'Homme
1984	Convention internationale sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes
1986	Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples
1990	Convention relative aux droits de l'enfant
2003	Protocole à la charte africaine des droits de l'Homme et des peuples

Tableau 2 - Chronologie des accords internationaux concernant les MSF

Plus récemment en 2011, on peut noter le colloque des oulémas¹ d'Afrique de l'Ouest qui a donné lieu à la vulgarisation d'une loi incriminant l'excision et qui s'inscrit à la suite de la signature d'une fatwa² en Mauritanie interdisant « les pratiques jugées néfastes pour la santé des femmes ». Cela permet d'affirmer ouvertement que la religion islamique ne peut être un prétexte aux MSF comme certains l'avançaient pour justifier leurs actes [17].

A noter que dans les vingt-huit pays d'Afrique concernés, dix-huit condamnent les MSF dans leur code pénal, mais seulement douze ont mis en place des campagnes de lutte contre celles-ci. Le tableau regroupant ces informations est disponible en **annexe 2**.

En France, il existe une législation très rigoureuse pour punir les actes de mutilations sexuelles féminines même s'il n'y pas de qualification juridique spécifique pour les faits d'excision. Ces pratiques peuvent être poursuivies et sanctionnées dans le cadre de violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente, ou de violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner [18].

Les articles 222-9 et 222-10 du code pénal prévoient des peines de dix ans d'emprisonnement et de cent-cinquante mille euros d'amende dans le cas de violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente. La réclusion

¹ Docteur de la loi faisant office de juriste, dans les pays musulmans.

² Jugement rendu par une autorité musulmane, faisant jurisprudence.

criminelle peut être de quinze ans lorsque les violences sont commises à l'encontre de mineures.

Les articles 222-7 et 222-8 prévoient des peines de quinze à trente ans de réclusion criminelle lorsque les violences ont entraîné la mort sans intention de la donner.

L'article 222-12 permet de recourir à la justice dans le cadre de violences ayant entraîné une interruption temporaire de travail supérieure à huit jours et entraîne une peine pouvant aller jusqu'à cinq ans de prison et soixante-quinze mille euros d'amende lorsque les violences concernent une mineure de moins de quinze ans.

Le délai de prescription a de plus été rallongé, et il est désormais possible pour la victime de recourir à la justice pendant vingt ans après sa majorité.

Le code pénal français permet de réprimer les violences commises à l'étranger à travers *l'article 222-16-2* qui stipule que « dans les cas où les crimes et les délits prévus par les *articles 222-8, 222-10 et 222-12* sont commis à l'étranger sur une mineure résidant habituellement sur le territoire français, la loi française est applicable par dérogation aux dispositions de *l'article 113-7* », article qui exige normalement que la victime ait la nationalité française.

Le cadre juridique a aussi prévu une législation pour les professionnels des secteurs médicaux et médico-sociaux confrontés à ce problème. Ainsi, ces derniers peuvent lever le secret professionnel pour protéger une mineure de moins de quinze ans menacée d'excision (ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger) ou sur qui ils ont constaté des violences sexuelles. La levée du secret médical est réglementée par *l'article 226-14* du code pénal : « le secret médical n'est pas applicable lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles et qui ont été infligées à un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger ».

On retrouve cette notion de levée du secret médical dans de tels cas, dans l'article 44 du code de déontologie [19] qui stipule que « lorsqu'un médecin discerne qu'une personne est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. S'il s'agit d'un mineur de moins de dix-huit ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il doit alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives ».

Par ailleurs, *l'article 223-6* du code pénal prévoit un délit de non-assistance à personne en danger dans le cas où « quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour les tiers, soit un crime, soit un délit contre

l'intégrité corporelle de la personne, s'abstient volontairement de le faire est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 76245 euros d'amende ».

Il faut donc bien avoir à l'esprit l'obligation de signalement sous peine d'être puni pour non-assistance à personne en danger comme cela est prévu par la *loi du 10 juillet 1989* lorsque l'on est face à une menace d'excision. Il s'agit alors d'avertir le procureur de la république, ou le tribunal de grande instance, ainsi que les services sociaux et médico-sociaux (Aide Sociale à l'Enfance et Protection Maternelle Infantile).

La juridiction française n'interviendra que si des MSF ont été pratiquées ou si elles risquent de l'être, soulignant alors un échec des mesures de prévention.

En effet, les lois sont présentes et nécessaires pour juger ceux qui les entravent mais ne sont pas le moyen de lutte de premier plan contre les MSF.

4. La prévention, meilleur moyen de lutte contre les mutilations sexuelles féminines ?

Nous avons pu voir que les MSF ont de nombreuses dimensions, elles sont à la fois considérées comme une torture et une atteinte à l'intégrité physique par certains et comme de simples coutumes et rites initiatiques par d'autres. A cela s'ajoute, cette volonté de maîtrise sur les femmes. Les conséquences sont souvent présentes tout au long de la vie des femmes que ce soit sur le plan physique ou psychologique.

Les phénomènes migratoires ont amené les populations d'Occident à se questionner sur ces pratiques. Il y a un fossé culturel entre notre vision occidentale et celle de ceux qui pratiquent et subissent les MSF.

Pour lutter contre cela, il est nécessaire de comprendre les mécanismes qui amènent certaines ethnies à poursuivre la pratique de cette tradition. Les sanctions seules ne permettent pas d'empêcher les excisions. On peut le voir en Egypte par exemple où il y a des lois contre les MSF depuis 1997 mais qui reste un des pays où la prévalence est la plus élevée [7] (estimée à 97% en 2005). En effet des sanctions pénales sont prévues mais peu appliquées et il n'y a pas de campagne de lutte qui permettent l'instruction des femmes et la prévention. A l'inverse, au Sénégal, au Niger, au Mali ou encore en Ethiopie, pays qui ont développé des actions de prévention en parallèle de la répression, on peut constater que les prévalences sont en baisse même si elles restent élevées notamment au Mali. Ces constatations sont disponibles en **annexe 2 [7]**.

A noter que dans certains pays, et notamment en Egypte, les excisions se pratiquent de plus en plus en secteur hospitalier par des professionnels de santé qualifiés. Des études montrent que, dans ces pays, un tiers des familles ont fait pratiquer l'intervention sur leur fille par un professionnel de santé. On parle alors d'un phénomène de médicalisation, défini par l'OMS comme toutes « situations dans lesquelles ces mutilations sont pratiquées par une catégorie ou une autre de personnel de santé, que ce soit dans un dispensaire public ou privé, à domicile ou ailleurs » [20].

D'après les données à notre disposition, la prévention semble être le meilleur moyen de lutte contre les MSF et si elles sont en recul dans de nombreux pays d'Afrique où elles existent, ce n'est pas sans lien avec le niveau d'instruction des jeunes filles qui grâce à l'école sont informées sur ces pratiques et sur leurs droits [6] [21].

Ce recul des MSF est donc étroitement lié à la mobilisation des états.

Cependant, la prévention menée ces dernières années peut avoir des effets inattendus. C'est le cas de la médicalisation évoquée ci-dessus. En effet, les mutilations ayant été abordées en tant que problème de santé, et les campagnes de lutte ayant mis l'accent sur les conséquences sanitaires, les populations concernées se sont tournées vers les professionnels de santé.

La demande de médicalisation de l'excision vient souvent des familles qui préfèrent faire pratiquer l'excision de leurs filles dans un milieu hospitalier afin de réduire les risques associés à l'intervention.

Il est vrai que cela limite les risques liés au manque d'asepsie mais ne réduit nullement les autres risques engendrés par les MSF et surtout ne supprime pas la dimension mutilatoire d'une telle pratique.

On peut craindre que la participation du personnel de santé à ces mutilations accorde une forme de légitimité à cette pratique.

Au contraire, certains pensent que cette médicalisation serait peut-être une première étape vers l'abandon complet des MSF mais aucune étude n'a validé une telle hypothèse [20] [22].

En France, des associations prennent part à la lutte contre les MSF. C'est le cas notamment du Groupe de femmes pour l'Abolition des Mutilations Sexuelles (GAMS) et du Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF).

Les professionnels de santé ont un rôle primordial à tenir dans cette prévention, cependant on retrouve ici une problématique essentielle que les femmes évoquent elles-mêmes : les professionnels de santé n'abordent pas la question de l'excision.

C'est un constat qui a été fait, notamment, lors de l'enquête Excision et Handicap (ExH) réalisée auprès de 2882 femmes entre les mois d'avril 2007 et de février 2009. Elles étaient quasiment unanimes sur le manque de communication auquel elles avaient été confrontées, lors de leur suivi gynécologique de prévention ou de leur accouchement, à propos de leur excision. Elles déploraient également la façon dont la question était abordée, les rares fois où cela se produisait.

Il ressortait de cette enquête que les médecins et gynécologues ne se sentaient pas à l'aise face à ce sujet et connaissaient peu la chirurgie réparatrice faute de formation spécifique [23].

Ce problème de formation des professionnels de santé semble être une vraie entrave pour la prévention et la prise en charge des MSF.

On retrouvait un problème similaire chez les sages-femmes dans une enquête menée en 2007 [24] sur la réparation clitoridienne après MSF qui avait pour but d'évaluer leurs pratiques et leur niveau de connaissances. Sur 171, sages-femmes, 39% déclaraient reconnaître la mutilation mais ne pas en parler par manque de connaissances et 60% déclaraient ne pas savoir proposer un parcours de soins alors que 83% connaissaient l'existence de cette intervention et que 97% d'entre elles estimaient qu'il était de leur devoir d'informer les femmes de cette possibilité.

Ces deux études montrent la difficulté à aborder ce sujet et pour pallier à cela, il est important de comprendre pourquoi les professionnels de santé sont en difficulté face à ces questions : manque de connaissances, manque de temps, décalage culturel ou sujet tabou ?

5. La reconstruction clitoridienne

Depuis 2000, une technique chirurgicale mise au point par le docteur Foldès permet une réparation du clitoris.

En effet, environ 5% des victimes de MSF vivent dans les pays du Nord ce qui représente six millions et demi de femmes. Confrontées à une culture d'accueil, certaines ressentent l'envie et/ou le besoin de se faire reconstruire [25].

Les trois revendications principales dans le cadre de cette intervention sont identitaires, dans la quête d'une reconstruction d'image, sexologiques, dans le but d'améliorer leur sexualité, et médicales en raison de douleurs séquellaires [26] [27].

Cette intervention d'une trentaine de minutes est possible pour toutes les femmes ayant subi une MSF. Elle est prise en charge à 100% par la sécurité sociale depuis 2003 et requiert vingt-quatre heures d'hospitalisation.

Cette technique ne nécessite pas l'utilisation d'autres tissus mais consiste en la libération du corps clitoridien qui mesure en moyenne huit centimètres afin de reconstituer le gland qui a été coupé et le repositionner dans sa situation normale.

L'anatomie du clitoris est disponible en **annexe 3**.

La cicatrisation est relativement rapide, mais elle nécessite néanmoins quinze jours de soins locaux, durant lesquels ces femmes ne peuvent gérer le quotidien normalement [28] [29].

Les complications possibles sont le lâchage de sutures, les hématomes, les pertes sales qui se résolvent dans la plupart des cas par des soins locaux. Il peut aussi y avoir de fortes douleurs post-opératoires qui nécessitent un protocole antalgique conséquent.

Les rapports sexuels sont contre-indiqués pendant six semaines après l'intervention. Cette technique chirurgicale permet une réacquisition sensorielle dans les semaines qui suivent. De plus en plus de femmes sont demandeuses de réparation. En effet cette technique permet d'atténuer les douleurs signalées par les femmes dans 90% des cas et d'améliorer la sexualité dans 80% des cas selon une étude prospective menée pendant dix ans, entre les années 2000 et 2010, auprès de 2939 patientes [26].

Deuxième partie : Méthodologie du mémoire

1. Problématique

La réalisation de ce mémoire est partie de constatations faites lors de plusieurs stages de la formation.

En effet, confrontée aux MSF à plusieurs reprises, je me suis rendue compte que les sages-femmes manquaient souvent d'informations pratiques sur ce sujet et/ou qu'elles ne se sentaient pas à l'aise pour l'aborder avec leurs patientes. La raison la plus souvent invoquée quant à ce malaise était le manque de connaissances à la fois sur le plan purement théorique et médical que sur le plan culturel.

Parallèlement, dans le cadre d'un protocole de reconstruction clitoridienne à l'hôpital de Pontoise, j'ai assisté à des consultations de sexologie menée par une sage-femme faisant partie d'une équipe multidisciplinaire composée d'une psychologue et d'un chirurgien. Au cours de ces consultations, j'ai pu voir qu'aborder le sujet n'était pas un problème ni pour les femmes excisées ni pour les soignants si l'on utilisait les bons mots et si nous étions à l'écoute de leurs histoires et de leurs attentes.

J'ai eu l'occasion de lire des études où les femmes déploraient même que nous ne parlions pas de ces questions avec elles.

La formation initiale permet d'effleurer ce sujet mais ne suffit pas pour comprendre tous ses aspects qui sont complexes et multiples.

Cela pose un problème pour la prise en charge de ces femmes d'une part mais aussi dans le rôle que nous avons à jouer dans la prévention.

Les flux migratoires amenant les professionnels de santé à être de plus en plus confrontés à cette problématique, il me paraît important de comprendre dans quelle mesure les sages-femmes ressentent réellement des difficultés à parler des MSF avec leurs patientes et l'origine de celles-ci. Cela pourrait permettre une prise en charge optimale des femmes excisées, mais aussi de mieux faire passer les messages de prévention par les sages-femmes qui sont un des acteurs principaux de la santé des femmes.

2. Hypothèses

Dans plusieurs études [23] [30] [31], les professionnels de santé ont déclaré manquer de connaissances pour aborder le sujet des MSF avec leur patientes.

Une hypothèse serait donc qu'il existe un manque au niveau de la formation initiale dans ce domaine.

Parallèlement, le domaine médical nécessite une actualisation et un approfondissement des connaissances en continu. Il se pose donc la question de l'intérêt des professionnels de santé pour le sujet et celle de la formation médicale continue.

Les MSF touchent l'intimité des femmes, leurs corps et leurs esprits mais sont aussi liées à leurs cultures et à leurs origines. Par incompréhension ou dans une volonté de ne pas être intrusifs, les professionnels de santé préfèrent-ils parfois volontairement ne pas aborder ce sujet ?

3. Objectifs

Le but de cette étude est de comprendre réellement ce qui empêche les professionnels de santé et plus précisément les sages-femmes de parler avec leurs patientes des MSF afin de leur offrir un meilleur suivi gynécologique et obstétrical. Pour cela, il est nécessaire de comprendre ce qui leur pose problème en termes de dépistage, de dialogue, d'orientation et de prise en charge.

4. Présentation de l'étude

4.1. L'étude

Les MSF ne sont abordées que sommairement lors de la formation initiale des sages-femmes, bien qu'elles puissent être traitées sous de nombreux angles dans les différents modules notamment ceux d'obstétrique, de gynécologie, de psychologie ou encore d'anthropologie. Selon Gynécologie sans frontière, seule la moitié des écoles de sages-femmes ont un module spécifique aux MSF dans leur formation [3].

Parallèlement, les établissements de santé communiquent de plus en plus sur ces pratiques notamment dans le cadre de la prévention et de la réparation chirurgicale. C'est pourquoi les professionnels de santé et particulièrement les sages-femmes, qui sont les acteurs principaux dans la prise en charge des femmes au cours de leur vie génésique, se devraient d'assurer une prise en charge adaptée dans ce domaine. Et pourtant, les sages-femmes qui sont souvent en première ligne face aux femmes

excisées se sentent parfois en difficulté quant aux suivis de ces patientes. Sont-elles suffisamment formées pour faire face à ces situations ? Quel niveau de connaissances et quel intérêt ont-elles pour ce sujet ? Y a-t-il seulement un défaut de connaissances ou également un certain malaise face à des pratiques culturelles très différentes de l'Occident dont la violence peut-être parfois insoutenable ?

C'est dans le but de répondre à ces questions que j'ai réalisé mon étude auprès des sages-femmes jeunes diplômées des quatre écoles de la région d'île de France.

4.2. Matériel et méthode

L'étude est descriptive et a été réalisée via un questionnaire diffusé aux sages-femmes diplômées entre 2011 et 2013 des quatre écoles d'île de France : Baudelocque, Foch, Poissy et Saint Antoine.

Il s'agissait d'un questionnaire en ligne disponible du premier décembre 2013 au trente et un janvier 2014, et qui avait pour but d'évaluer leurs connaissances quant aux différents aspects des MSF et leurs pratiques ainsi que recueillir leurs avis sur le rôle de la sage-femme dans la prévention, le dépistage et la prise en charge des MSF. Ce questionnaire est disponible en **annexe 1**.

Cent quatre-vingt-neuf questionnaires ont été envoyés aux sages-femmes indépendamment de leur lieu d'exercice et du service où elles exerçaient au sein de la maternité et sans aucun critère d'exclusion.

Les questionnaires incomplets ont été exclus (au nombre de 3).

Le questionnaire mis en place comportait quarante questions dont vingt étaient fermées (choix de réponse simple - oui/non -), cinq semi-fermées (choix de réponse multiple) et quinze étaient ouvertes afin de laisser les sages-femmes s'exprimer plus largement sur leurs ressentis, leur vécu professionnel et donner leur avis sur les raisons pour lesquelles il leur est difficile d'aborder le sujet des MSF. Afin que les sages-femmes se sentent le plus libres possible, les questionnaires sont restés anonymes.

Pour traiter les données recueillies, une base de données de type Excel a été utilisée. Lorsqu'il a été nécessaire de comparer des groupes, j'ai eu recours au test du Chi 2 avec un «p» significatif inférieur à 5%.

4.3 Résultats

4.3.1 Caractéristiques de la population étudiée

Au total, quatre-vingt-dix-sept questionnaires ont été exploités soit 51,32 %.

Les sages-femmes interrogées travaillent dans les différents services des maternités mais majoritairement (66%) en salle de naissance (SDN) et en Ile de France (89%).

Les taux de participation en fonction des écoles et des années d'obtention du diplôme sont décrits dans les **figures 3et 4**.

Le nombre de questionnaires recueillis était réparti de façon homogène dans les différentes écoles et selon les années d'obtention du Diplôme d'Etat (DE).

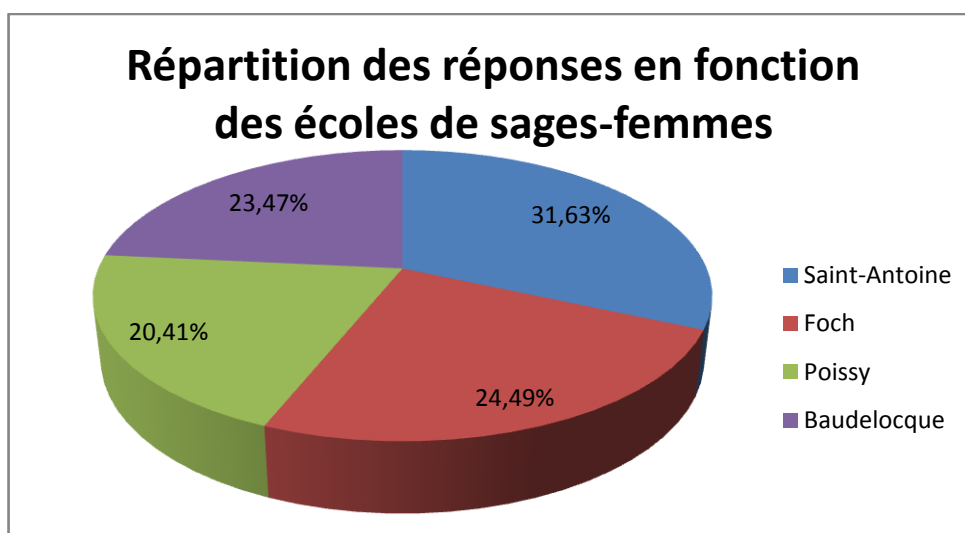


Figure 3 : Répartition des réponses en fonction des écoles de sages-femmes

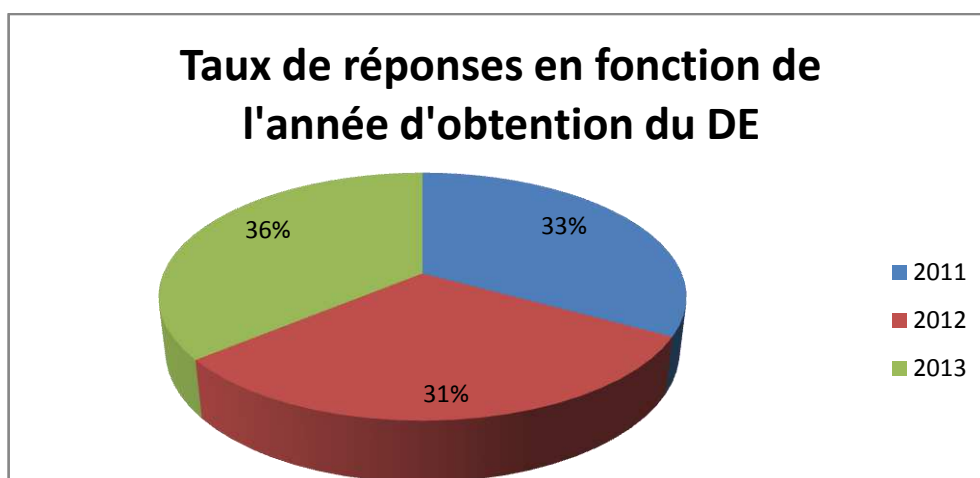


Figure 4 : Taux de réponses en fonction de l'année du Diplôme d'Etat

4.3.2 Connaissances des sages-femmes sur les mutilations sexuelles féminines

Tout d'abord toutes les sages-femmes ayant répondu au questionnaire connaissent la pratique des MSF à travers le monde, cependant la majorité ignore que la tendance de ces pratiques est au recul (70% pensaient que le taux de MSF était stable).

96% d'entre elles déclarent avoir déjà rencontré, au moins une fois, une patiente mutilée.

56% d'entre elles évaluent leurs connaissances comme insuffisantes quant aux MSF.

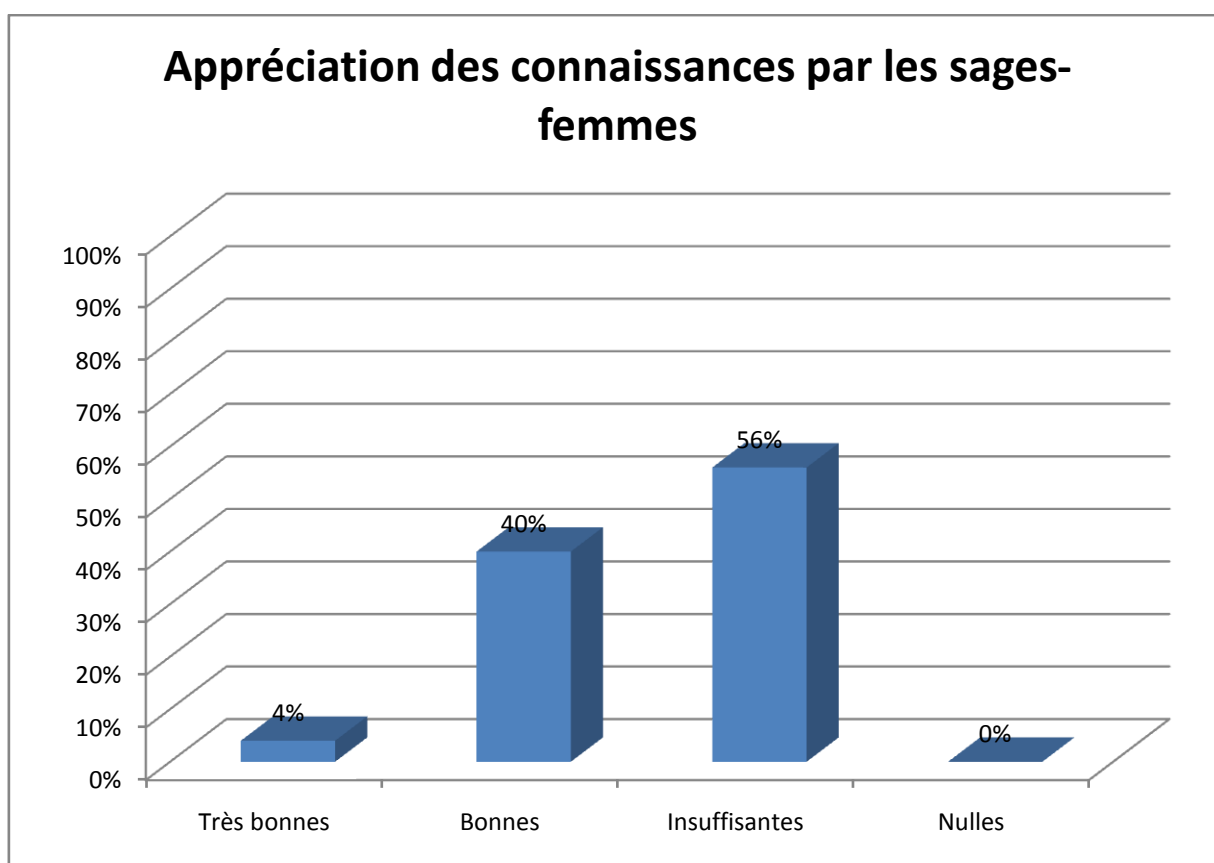


Figure 5 : Appréciation des connaissances quant aux mutilations sexuelles féminines par les sages-femmes

Parmi celles ayant été confrontées aux MSF, 13% affirment toujours pouvoir les diagnostiquer.

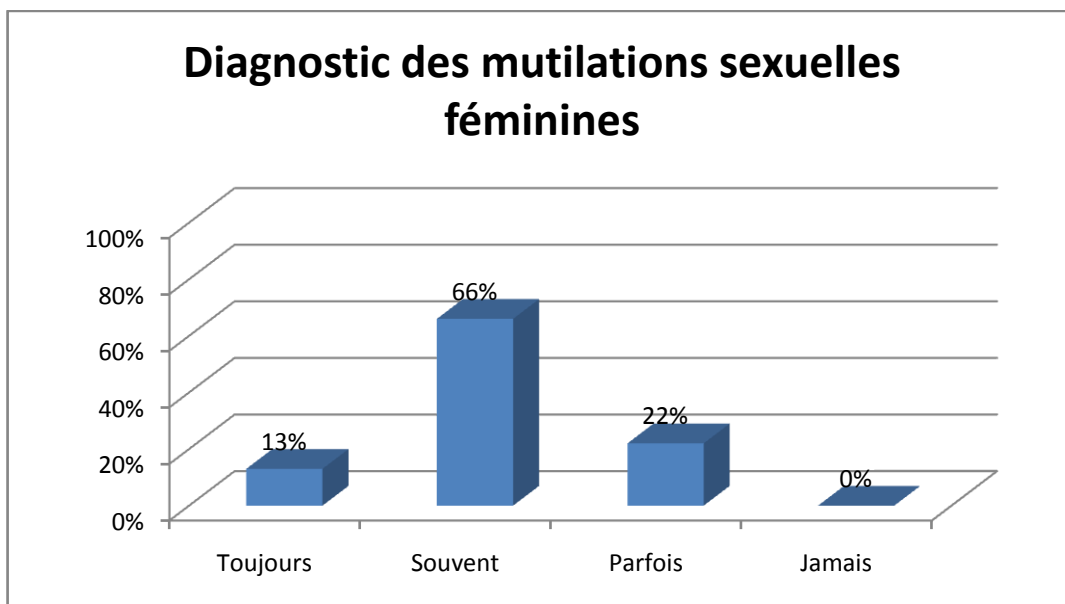


Figure 6 : Diagnostic des mutilations sexuelles féminines par les sages-femmes

Les sages-femmes répondent avoir majoritairement de bonnes connaissances sur les risques médicaux liés aux MSF mais sont beaucoup moins informées sur la reconstruction clitoridienne, bien qu'elles connaissent son existence. Elles sont également peu au courant de la législation en vigueur.

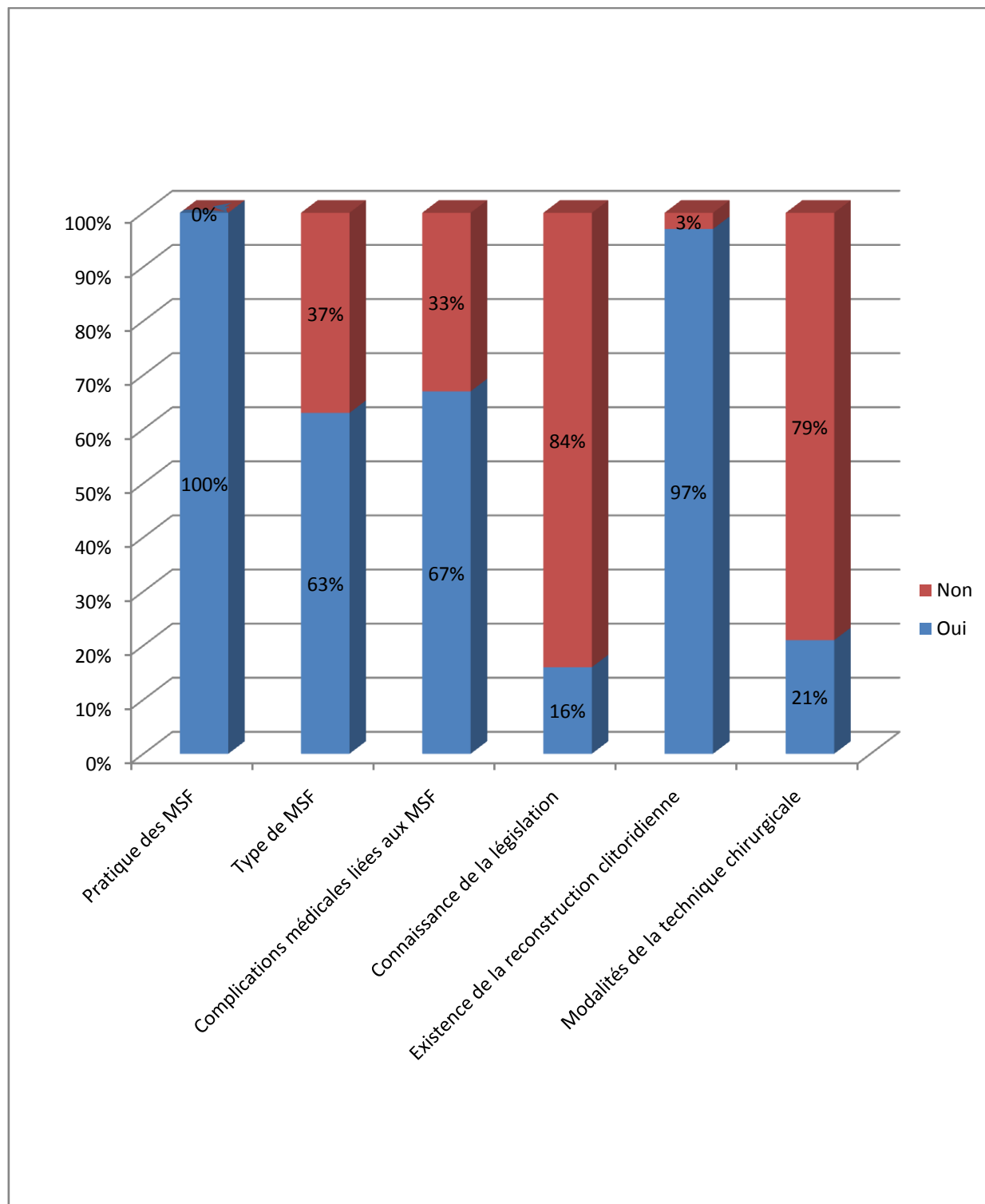


Figure 7 : Les connaissances des sages-femmes face aux mutilations sexuelles féminines

Les questions ouvertes ont été classées par catégorie pour permettre une analyse descriptive.

Les connaissances des sages-femmes sur les complications obstétricales :

Parmi les 67% de sages-femmes ayant répondu qu'elles peuvent citer des complications liées aux MSF, toutes ont au moins cité une complication obstétricale.

Les complications obstétricales les plus citées se trouvent dans le tableau ci dessous :

Complications obstétricales citées	Pourcentage de répondants ayant cité cette complication
Déchirures périnéales	83,51%
Hémorragies	57,73%
Infections	56,70%

Tableau 3 : Les complications obstétricales liées aux MSF citées par les sages-femmes

Parmi ces mêmes sages-femmes, la majorité évoque également des complications non obstétricales dont les plus citées sont les problèmes psychologiques (76,56%), l'absence de plaisir sexuel (87,5%) et les infections urinaires (62,5%).

Seules trois sages-femmes évoquent les risques pour le fœtus sur les soixante-quatre ayant énoncé des complications liées aux MSF.

Nous pouvons remarquer que seules 30% des sages-femmes ont effectué des recherches supplémentaires. Cela peut sembler paradoxal lorsque l'on replace ce chiffre dans le contexte où 56% des sages-femmes interrogées considèrent leurs connaissances trop faibles, 33% ne peuvent pas citer les complications engendrées par les MSF alors que 96% y sont confrontées.

D'autant que parmi les 30% pré-citées, 16% ont déjà effectué ces recherches au cours de leurs études dans le cadre de mémoire ou de travaux de recherche.

4.3.3 Prise en charge des patientes par les sages-femmes

La prise en charge médicale ne semble pas être le problème majeur rencontré par les praticiens. En effet, la majorité déclare pouvoir assurer une bonne prise en charge tant au moment de l'accouchement que lors du post-partum.

Toutefois, les sages-femmes sont assez peu à l'aise face aux MSF ce qui les empêche pour certaines d'entre elles d'en discuter avec les femmes concernées.

53% des sages-femmes peuvent cependant orienter leurs patientes vers des structures ou des personnes proposant la reconstruction clitoridienne.

Ces résultats sont regroupés dans la figure suivante :

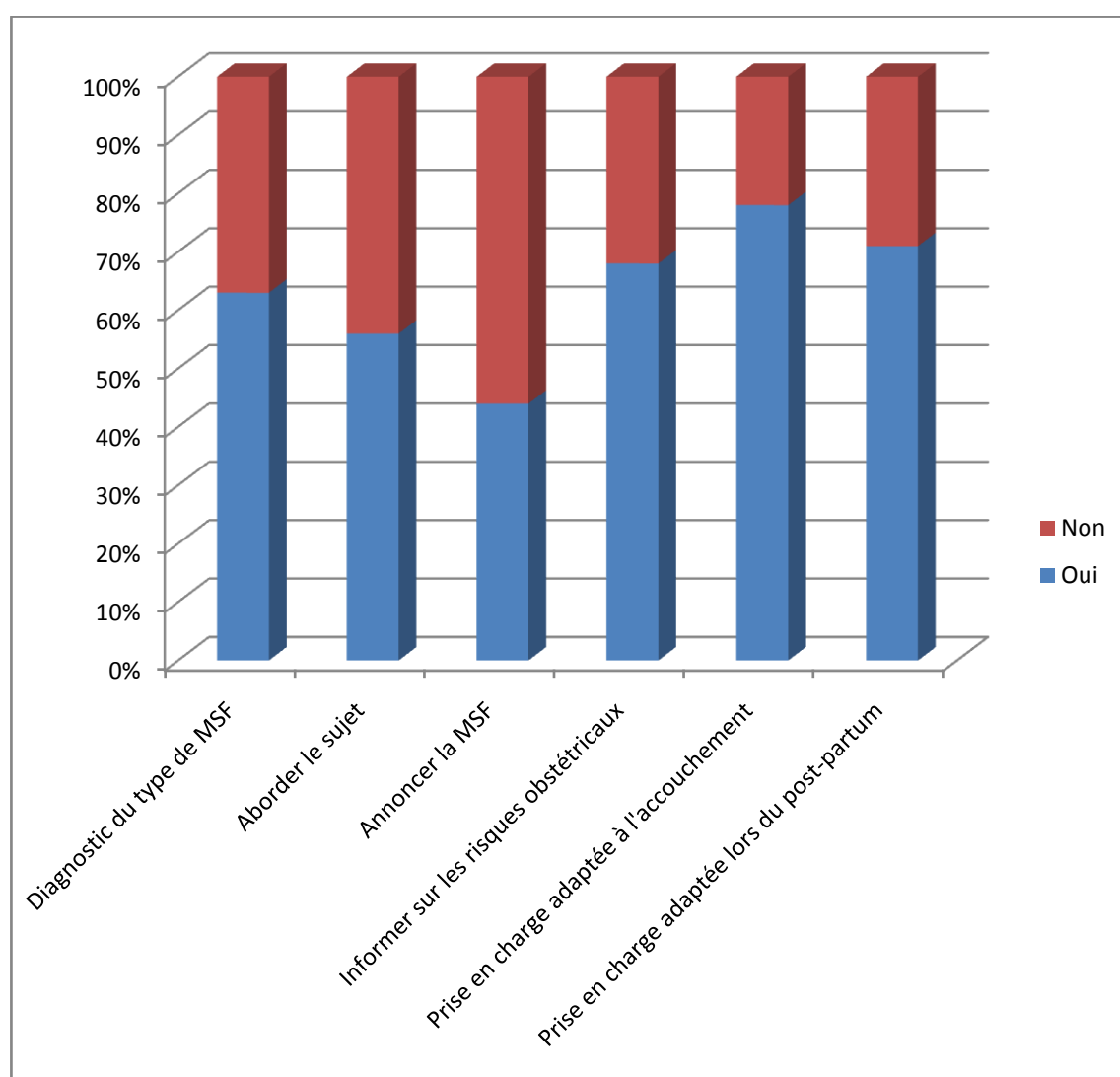


Figure 8 : Les pratiques des sages-femmes face aux mutilations sexuelles féminines

Parmi celles qui n'osent pas aborder le sujet, les raisons les plus souvent évoquées sont répertoriées dans le tableau suivant par ordre décroissant :

Raisons pour lesquelles les sages-femmes (SF) n'abordent pas la mutilation avec leur patiente après l'avoir diagnostiqué	Pourcentage de répondants ayant invoqué cette raison
Fossé culturel / Barrière linguistique	84,09%
Connaissances théoriques insuffisantes	75,00%
Crainte d'une réaction violente de la patiente, de réactiver un traumatisme	54,54%
Pour les SF en SDN, moment inadéquat	29,55%
Les SF se sentent mal à l'aise face à ce contexte probablement violent	25,00%
Crainte de paraître intrusive envers la patiente	15,90%
SF qui n'en parlent pas car la patiente n'en parle pas d'elle même	9,09%

Tableau 4 : Raisons pour lesquelles les sages-femmes n'abordent pas le sujet des MSF

Pour ce qui est d'annoncer à une femme qu'elle a été mutilée alors qu'elle l'ignorait, parmi les 56% qui ne le feraient pas, les principales raisons évoquées étaient les suivantes :

Principales raisons invoquées par les sages-femmes qui n'annonceraient pas à leur patiente la MSF	Pourcentage de répondants ayant invoqué cette raison
Sujet tabou	87,50%
Crainte de ne pas pouvoir répondre aux questions par manque de connaissances	83,93%
Crainte de la réaction de la femme	69,64%
Crainte d'aborder la sexualité	60,71%
Incertitude du diagnostic	53,57%
Crainte de ne pas employer les bons termes	48,21%
Nécessité d'une relation de confiance	37,50%
Crainte de faire une annonce sans proposer de prise en charge spécifique par la suite	25,00%

Tableau 5 : Raisons pour lesquelles les sages-femmes n'annonceraient pas la MSF

En ce qui concerne les prises en charge à l'accouchement et lors du post-partum, la majorité des sages-femmes se sent dans la capacité d'assurer des soins de qualité (respectivement 78% et 71%). Les raisons évoquées par celles qui se sentent en difficultés dans ces situations sont la crainte des déchirures périnéales et des hémorragies lors de l'accouchement. Lors du post-partum, le manque de connaissances pour mettre en œuvre une prévention efficace est cité par 81% des sages-femmes, la barrière culturelle ainsi que la crainte de parler d'un sujet tabou sont également présentes. Enfin l'incapacité à mettre ces patientes en contact avec des associations ou des personnes ressources est également évoquée notamment dans le cadre d'une éventuelle reconstruction clitoridienne.

Cependant, 76% des sages-femmes déclarent se sentir à l'aise pour proposer cette technique chirurgicale à leurs patientes même si comme nous l'avons vu précédemment, seules 21% des sages-femmes interrogées en connaissent les modalités.

4.3.4 Le dépistage et la prévention des mutilations sexuelles féminines par les sages-femmes

Les connaissances médicales sont indispensables au dépistage des MSF. Les sages-femmes semblent, dans leur majorité, suffisamment informées pour les diagnostiquer mais beaucoup ne se sentent pas à l'aise pour en parler à leurs patientes.

Pourtant un grand nombre de sages-femmes pensent avoir un rôle de choix dans le dépistage des MSF (97% d'entre elles) dans le cadre de l'information, de la prévention et de l'écoute car les sages-femmes ont une place de choix dans l'intimité des femmes.

Paradoxalement, seulement 56% d'entre elles se sentent à l'aise pour délivrer une information de prévention afin de protéger les filles potentiellement menacées d'excision.

4.3.5 La formation initiale des sages-femmes et son impact sur leurs pratiques

61% des sages-femmes interrogées déclarent ne pas être satisfaites de leur formation initiale mais seules 30% déclarent avoir entrepris des recherches supplémentaires sur ce sujet.

Parmi les sages-femmes insatisfaites de leur formation, les éléments qui manquent à leur formation initiale pour se sentir plus à l'aise sont résumés dans le tableau suivant :

Eléments manquants dans la formation initiale	Pourcentage de répondants ayant évoqué cet élément
Technique d'entretien	75,02%
Manque de cours théorique sur le plan obstétrical, psychologique, législatif ainsi que sur la reconstruction clitoridienne	68,33%
Simulations de consultations	50,00%
Cours d'anthropologie pour comprendre l'aspect culturel	31,66%

Tableau 6 : Les éléments qui manquent aux sages-femmes dans leur formation initiale

75% déclarent qu'elles ont acquis leurs connaissances lors de leur pratique clinique et non au cours de la formation initiale théorique.

5 sages-femmes déclarent avoir entrepris des recherches supplémentaires lors de leurs études pour leur mémoire ou pour des travaux de recherche.

Les raisons les plus souvent évoquées dans le manque de communication avec les femmes excisées sont la crainte de ne pas savoir aborder le sujet « avec tact » ni comment gérer les éventuelles réactions des patientes.

Elles s'interrogent sur la suite de la prise en charge qu'elles pourront proposer après le dépistage et craignent de se trouver en difficultés face aux questions des patientes faute de connaissances sur le sujet.

Ce sentiment de manque de connaissances explique peut-être que seules 49% des sages-femmes interrogées déclarent penser pouvoir être un acteur principal dans la prise en charge des femmes souhaitant une reconstruction clitoridienne alors que 97% d'entre elles pensent avoir un rôle à jouer dans le dépistage des MSF.

La dimension culturelle de ces pratiques et le contexte violent qui les entourent, selon les praticiens interrogés, reviennent souvent comme une des raisons pour lesquelles ils n'abordent pas ou peu le sujet. Le manque de pratique dû au peu de cas rencontrés durant les études et le début de la pratique professionnelle explique aussi ces difficultés.

Troisième partie : Discussion

1. Forces et faiblesses de l'étude

Tout d'abord, il y a un biais de sélection puisque seules les sages-femmes diplômées des deux dernières années en Ile de France ont été interrogées.

Les résultats ne pourront donc pas être généralisés à l'ensemble des sages-femmes puisque nous nous sommes intéressés uniquement à cette région, qui est une de celles qui recense le plus de cas de MSF et où ces dernières sont donc particulièrement susceptibles d'être confrontées à cette problématique. Une carte de France représentant les régions françaises les plus concernées est disponible en **annexe 4 [32]**.

Il aurait donc été intéressant d'élargir la diffusion du questionnaire à toute la France afin d'évaluer d'éventuelles disparités géographiques.

Il y a également un biais lié à l'outil d'intervention qui est l'auto-questionnaire en ligne. En effet, les réponses étaient données sur un mode déclaratif, il existe donc un éventuel biais de surestimation des réponses par les praticiens. Cependant, ce biais a été évité au maximum par l'anonymat du questionnaire.

On peut également regretter un biais de diffusion puisque le questionnaire a été diffusé via les secrétariats des différentes écoles de sages-femmes et que certaines adresses e-mails étaient manquantes ou invalides ce qui n'a pas permis de recueillir un maximum de réponses.

2. Les connaissances et l'intérêt des sages-femmes pour les mutilations sexuelles féminines

2.1. Les connaissances médicales

Les connaissances médicales des sages-femmes semblent relativement bonnes. En effet 66% d'entre elles pensent pouvoir diagnostiquer une MSF dans la plupart des cas et 0% déclarent ne jamais pouvoir les diagnostiquer. De même, 63% pensent pouvoir établir de quel type de MSF il s'agit.

Paradoxalement, elles sont seulement 4% à estimer leurs connaissances comme très bonnes et 40% comme bonnes.

Dans une étude menée en 2007 dans quatre maternités d'Ile de France [24], 69% des sages-femmes diagnostiquaient la MSF. Elles étaient 171 interrogées et il n'y

avait aucun critère d'exclusion. Il y a donc une différence avec notre étude où seules les sages-femmes jeunes diplômées ont été incluses dans l'étude. Les groupes étaient néanmoins comparables.

Lorsque l'on compare ces deux groupes quant aux connaissances médicales, on ne retrouve pas de différence significative ($p=0,15$). Ces chiffres semblent donc stables.

Pour les complications que les MSF engendrent, elles ne sont que 67% à pouvoir en citer. Mais parmi celles-ci, 100% pouvaient citer au moins une complication obstétricale. La complication la plus citée était le risque de déchirures périnéales.

Dans notre étude, les praticiens ayant été très majoritairement confrontés aux MSF (96%), on peut penser que ces connaissances ont été acquises lors de leurs pratiques professionnelles.

Les autres complications citées comme les hémorragies ou les déchirures périnéales, par exemple, peuvent relever de la pratique comme de la logique et liées à l'ensemble de la formation et non à des connaissances spécifiques aux MSF. Ce sont en effet des risques liés à des tissus cicatriciels.

Par contre, le risque de fistules³ n'a jamais été cité dans les différentes réponses. C'est pourtant un risque particulièrement délétère pour la santé et la vie quotidienne des femmes.

Les risques fœtaux étaient très peu évoqués. Seules trois sages-femmes les citent.

On peut en conclure que les connaissances des sages-femmes sont générales sur le sujet des MSF et acquises lors de leur pratique pour la majeure partie d'entre elles notamment au moment de l'accouchement car à ce moment-là, il n'est pas possible de ne pas se préoccuper de la mutilation du fait des risques immédiats qu'elle peut engendrer.

2.2 Les connaissances sociales et culturelles

Les résultats énoncés dans la partie précédente peuvent nous laisser penser que ce ne sont pas les connaissances théoriques qui manquent le plus aux professionnels de santé pour prendre en charge les MSF mais plutôt une gêne vis-à-vis de ces pratiques notamment vis-à-vis du contexte dans lequel elles s'inscrivent. C'est d'ailleurs ce que répondait une sage-femme expliquant pourquoi elle n'abordait pas le

³ Des fistules vésico-vaginales ou recto vaginales peuvent être à l'origine d'incontinence urinaire ou anale. Elles sont la conséquence de la nécrose des tissus mous du bassin comprimés contre la tête descendante du bébé et l'os pelvien de la mère lors d'un travail prolongé.

sujet avec ses patientes : « Il faut aussi aborder le contexte dans lequel les MSF ont eu lieu et qui sont souvent traumatisantes ».

Les sages-femmes évoquent très souvent un fossé culturel entre elles et les femmes excisées qui semble être un frein pour aborder ce sujet avec leurs patientes.

Parmi toutes celles qui déclarent ne pas se sentir à l'aise pour aborder les mutilations avec leurs patientes, elles sont très nombreuses à évoquer une barrière culturelle et/ou linguistique (84,09%). En effet certaines sages-femmes énoncent cela très clairement : il est « difficile d'aborder le sujet sans parler de quelque chose considéré comme grave dans notre culture ».

Une question pour évaluer les connaissances des sages-femmes sur les justifications de l'excision aurait été intéressante. La notion de « fossé culturel » revenant souvent dans les réponses aux questions ouvertes nécessiterait des précisions. En effet, est-ce la barrière linguistique et les différences culturelles qui sont ici évoquées ou se cache-t-il une excuse pour ne pas aborder un sujet considéré comme délicat par les professionnels car il touche à la sexualité et à l'intimité des femmes et de leur entourage ?

Pour ce qui est de la pratique des MSF, toutes les sages-femmes sont au courant de leur perpétuation mais la grande majorité ignore que c'est une pratique en recul notamment en Afrique ce qui montre qu'elles ne connaissent pas ou peu les actions de prévention menées dans ces pays et leur réussite plus ou moins importante selon les endroits.

En effet, on peut remarquer cela en comparant la proportion de femmes excisées selon les générations et voir que parmi les femmes ayant entre 15 et 29 ans, le pourcentage de femmes excisées est dans de nombreux pays d'Afrique inférieur à celui des femmes ayant entre 30 et 49 ans [6].

Cette diminution des pratiques est particulièrement visible dans les pays où l'excision est très répandue mais existe aussi dans les pays où moins de 25% des femmes sont excisées.

Aucune sage-femme n'a fait part d'une notion religieuse dans ses réponses. Ces dernières semblent bien au courant du caractère culturel et traditionnel des MSF mais ne font pas l'amalgame avec l'Islam notamment.

2.3 Les connaissances juridiques

Quant à la juridiction, une amélioration des connaissances semble indispensable.

En effet 84% des sages-femmes de notre étude ne connaissent pas la législation exacte qui régit les actes de mutilations mais la plupart (81%) sont au courant que les peines encourues, dans ces cas-là, sont applicables en France même si les mutilations ont été pratiquées à l'étranger.

L'étude de J.VAYSSE [33] menée entre les mois de novembre 2005 et février 2006, montrait que sur les quatre-vingt sages-femmes interrogées, 100% savaient que les peines s'appliquaient pour les mutilations commises à l'étranger. Ce résultat est significativement plus élevé que dans notre étude ($p < 0,01$). On peut attribuer cette différence au fait que cette étude a été menée auprès de toutes les sages-femmes sans critères d'exclusion dans six maternités fréquentées par une population immigrée importante. Notre étude étant restreinte aux jeunes diplômées, on peut penser que le manque d'expérience professionnelle explique cette différence de connaissance.

Paradoxalement aux connaissances approximatives des sages-femmes sur la législation, 56% se sentent quand même capables de mener une action de prévention auprès de parents dont la fille serait menacée d'excision.

Ceci pose un problème important car la législation comporte notamment l'obligation de signalement aux autorités face à un constat ou un projet de MSF, et c'est un moyen de prévention majeur qui nécessiterait d'être connu par tous les professionnels de santé confrontés à cette problématique.

Les peines et les amendes ne nécessitent pas, elles, d'être exactement connues mais le parcours de prise en charge de mineures ayant subi ou étant menacées de subir des mutilations devrait être connu et applicable par tous.

Il existe pourtant des supports afin de venir en aide aux praticiens tels que le guide « Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines » ou encore la plaquette régionale d'information et de prévention élaborée en 2010 « Agir face aux mutilations sexuelles féminines » disponible en **annexe 5**.

Cependant, dans les différentes réponses aucune sage-femme n'évoque de tels outils qu'elles pourraient utiliser pour faciliter la prise en charge des femmes mutilées. On peut donc se poser la question d'une diffusion et d'une communication suffisante sur ces moyens d'aide aux professionnels de santé. Cela rejoint aussi le fait que très peu de sages-femmes ne cherchent à approfondir ce sujet qu'elles ne maîtrisent pourtant que partiellement.

2.4 Intérêt des sages-femmes

Pourtant, l'intérêt des sages-femmes pour le sujet semble vif. En effet, elles sont nombreuses à déplorer un manque de connaissances pour leurs prises en charge et une formation initiale insuffisante.

On peut penser que cet intérêt vient du fait que les MSF sont rencontrées par ces professionnels qui souhaitent au mieux les prendre en charge.

Les sages-femmes montrent aussi leur intérêt en déclarant à 97% qu'elles pensent pouvoir être un acteur principal dans le dépistage des MSF.

Beaucoup affirment que les sages-femmes ont un rôle à jouer tant au niveau gynécologique et obstétrical que sur le plan de l'écoute, de l'information, de la prévention.

Plusieurs témoignages le montrent :

«La sage-femme exerce à différents niveaux de la maternité, donc elle peut assurer un suivi complet à ces femmes».

«La sage-femme peut dépister une MSF dès les consultations prénatales mais désormais aussi lors des consultations de suivi gynécologique et également dans le cadre de la PMI grâce à sa capacité d'écoute et d'accompagnement des femmes dans une politique de prévention des risques liés aux MSF»

«Nous pouvons intervenir à tout moment dans le pré et le post-partum et aborder l'aspect psychologique et sexuel que les MSF engendrent chez les patientes».

On retrouve cet intérêt des sages-femmes dans l'étude de 2007 sur la clitoridoplastie [24] dans laquelle 99% des sages-femmes qui ne connaissaient pas cette technique souhaitaient en être informées.

3. Les pratiques et les prises en charge des sages-femmes auprès des patientes mutilées

3.1 Des prises en charge encore insuffisantes

En effet, même si environ 70% des sages-femmes affirment pouvoir assurer des prises en charge adaptées lors de l'accouchement et du post-partum cela n'est pas suffisant pour assurer une prise en charge complète.

Il est important d'avoir à l'esprit que les MSF s'inscrivent dans le secteur médical mais ont aussi des aspects psychologiques, sexuels, culturels et peuvent être réparées chirurgicalement pour les femmes qui le souhaitent.

Il ne suffit donc pas de les dépister, il est important d'évaluer tous les retentissements possibles et de proposer aux femmes un parcours de soin adapté à chacune en fonction de leurs risques propres, et en étant toujours à l'écoute de leurs souhaits pour un éventuel suivi sexologique, psychologique ou chirurgical.

En effet, beaucoup de sages-femmes répondent ne pas aborder le sujet car il touche à la sexualité des femmes et craignent de parler d'un sujet tabou. Car si les femmes mutilées vivent avec leur excision depuis longtemps, c'est parfois pour le soignant que les récits sont les plus difficiles à entendre et c'est, selon moi, cette violence soupçonnée par les professionnels de santé qui les retient souvent d'ouvrir le dialogue.

Les femmes elles-mêmes le déplorent. Dans l'enquête nationale Excision et Handicap menée entre 2006 et 2009 [23], certaines femmes excisées témoignaient de l'incapacité des professionnels de santé à aborder la question de l'excision. Parmi les vingt femmes excisées qui ont participé à l'enquête, elles énoncent de façon quasi-unanime le silence des praticiens concernant leur mutilation ou des paroles inappropriées lorsqu'ils le faisaient.

Le témoignage de Coumba, une guinéenne de quarante-quatre ans est éloquent :

« Si la personne n'en parle pas, les médecins, ils font pas le premier pas. Ou sinon, y en a d'autres, ils posent des questions. « Mais pourquoi vous avez fait ça ? ». C'est pas moi, ça a été pris, la décision, pour moi (...). « Vous auriez pu, quand même, refuser... ». Mais comment refuser ? On peut pas. On peut pas... Mais c'est l'ignorance. Ils veulent savoir ce qui s'est passé, alors ils s'y prennent maladroitement pour poser la question ».

Parmi les sages-femmes ayant répondu au questionnaire, la crainte d'être maladroite ou intrusive revient souvent:

« Je ne connais pas les cultures africaines, je crains d'être intrusive et de mettre le doigt sur des traumatismes enfouis. Je me dis qu'en parler alors qu'elles veulent oublier n'est peut-être pas très bien indiqué, à moins de choisir son moment et d'avoir la psy derrière ».

Le fossé entre ces deux témoignages montre toute la complexité qu'il y a entre les patientes et les praticiens. D'un côté la crainte de gêner les patientes, de l'autre l'incompréhension des femmes que leur mutilation ne soit pas abordée.

Sur le plan de la reconstruction, parmi les 97% qui connaissent l'existence de cette intervention, seules 21% peuvent en expliquer les modalités à leurs patientes.

Cependant, concernant la réparation chirurgicale, on peut noter une avancée : dans l'étude de S.BENTO menée en 2007 [24], seulement 83% des sages-femmes déclaraient en connaître l'existence versus 97% dans notre étude. Elles sont donc significativement plus au courant de ce procédé ($p < 0,01$), montrant son développement et l'intérêt que les sages-femmes lui portent.

Il faut néanmoins garder à l'esprit que certaines femmes vivent très bien avec leur mutilation et ne ressentent aucun besoin particulier vis-à-vis de cela en dehors de soins adaptés aux complications médicales évoquées précédemment.

On voit bien que même lorsque la MSF est diagnostiquée, elle n'est pas toujours abordée avec la femme, et que même lorsqu'elle l'est, la prise en charge est rarement optimale car maladroite ou incomplète. L'amélioration devrait majoritairement porter sur les éventuelles conséquences psychologiques et sexuelles, ainsi que sur la reconstruction.

Pour faciliter le dialogue, il pourrait être intéressant de renseigner l'intégrité ou non des organes génitaux externes sur la première consultation lors du suivi obstétrical puisque l'examen complet de la vulve en fait partie intégrante.

Ce type de disposition pourrait rendre systématique la question des MSF, au même titre que les violences diverses que les sages-femmes ont l'habitude de rechercher.

Le point essentiel à améliorer dans ces prises en charge reste la prévention. En effet, instaurer le dialogue est une étape préliminaire pour établir une relation de confiance avec la patiente, comprendre son histoire, son vécu de cette MSF et éventuellement anticiper un éventuel risque d'excision chez les enfants.

3.2 Un manque de prévention majeur

Comme nous avons pu le voir, mettre l'accent sur la prévention semble le plus important pour faire reculer les MSF. Cette prévention passe par les professionnels de santé essentiellement mais se fait beaucoup trop rare.

Il est déjà essentiel de se renseigner sur les éventuelles intentions de mutilations des familles comme nous l'avons vu ci-dessus puis être capable de transmettre une information de prévention claire. Cette information doit comprendre les risques juridiques mais surtout un aspect pédagogique. Si les familles n'ont en tête que la répression sans savoir pourquoi ces pratiques sont si sévèrement punies, le message est incomplet et souvent insuffisant.

D'après notre étude, le manque de connaissances des sages-femmes sur la loi ne leur permet pas d'exposer les peines encourues lorsqu'il y a un risque potentiel de MSF.

Mais malgré cela, 56% des interrogées pensent pouvoir mener une action de prévention dans les cas le nécessitant.

Dans les pays d'origine des MSF, les campagnes de prévention semblent porter leurs fruits, en effet, on note une diminution de ces pratiques chez les femmes plus jeunes dans les pays d'Afrique. Ces actions de prévention qui se déroulent là où vit la tradition est probablement le meilleur moyen de lutter contre les MSF, mais il ne faut pas sous-estimer nos possibilités d'action via notre rôle de soignant dans les pays d'accueil [6].

Une étude menée à l'hôpital Jean Verdier en 2005 [16] montrait que si la très grande majorité des patientes connaissaient l'interdiction des MSF, seules 25% étaient au courant des raisons de cette interdiction. Or nous avons vu que la répression seule n'est pas optimale pour lutter contre les MSF.

L'instruction des patientes est donc primordial pour faire reculer les MSF et cela est valable pour les populations migrantes comme pour les populations vivant dans les pays où les MSF sont pratiquées depuis plus longtemps. Dans une étude parue dans Population et Sociétés en 2007 [6], on remarque que l'instruction joue un rôle protecteur dans tous les pays étudiés c'est à dire seize pays d'Afrique et ce quelque soit les prévalences. La tendance était à la baisse aussi bien dans les pays où les proportions de femmes excisées étaient supérieures à 90% comme dans ceux où elles étaient inférieures à 25%.

4. Le rôle et la place de la sage-femme

4.1 La prévention

Les sages-femmes pourraient avoir une place privilégiée dans la prévention des MSF notamment à travers le dépistage des MSF qui est un élément préalable essentiel à la prévention. Il est très encourageant de voir que dans notre étude, 97% d'entre elles considèrent qu'elles ont un rôle à jouer dans ce domaine.

En effet, si l'on compare ce chiffre à celui de l'étude de J.VAYSSE en 2006 [33], on note que les sages-femmes ont un intérêt encore plus important pour la prévention des MSF (81% en 2006 versus 97% en 2013, $p < 0,01\%$).

De plus, les sages-femmes ont une place stratégique car, souvent, le seul moment où les femmes se font suivre sur le plan médical est celui de la grossesse. Elles sont donc des acteurs essentiels de la prévention qui est malheureusement encore trop peu abordée.

La difficulté à évoquer le sujet, qui a pu être constatée dans les réponses du questionnaire, explique cette prévention trop peu menée en maternité.

Une jeune diplômée répondait : « Je ne suis pas sûre de pouvoir répondre à toutes les questions des patientes et je ne me vois pas mettre ce sujet sur la table pour ne rien faire derrière ».

On peut cependant noter une amélioration significative ($p < 0,01\%$) quant à l'orientation des patientes vers des organismes spécialisés tel que le GAMS par exemple.

En comparant toujours l'étude de J.VAYSSE [33], on remarque que seules 9% des sages-femmes interrogées étaient capables de citer un organisme ou une personne ressource en matière de MSF contrairement aux jeunes sages-femmes interrogées dans notre étude qui étaient 53% à pouvoir en citer au moins un.

4.2 La reconstruction clitoridienne

Les sages-femmes semblent partagées sur leur place en tant qu'acteur dans la reconstruction clitoridienne. Par contre elles sont majoritairement prêtes pour la proposer à leurs patientes.

De plus, dans l'étude de 2007 [24] sur la réparation clitoridienne, elles sont 97,08% à penser qu'il est de leur devoir d'informer toute patiente excisée de l'existence de cette intervention. Elles sont 79,53% à penser que la clitoridoplastie est un élément de lutte contre les MSF.

Cela montre leur implication pour cette option de prise en charge. C'est leur rôle dans l'acte chirurgical qui semble donc plus éloigné des préoccupations des sages-femmes mais pas tout ce qui l'entoure.

Cependant, ayant eu l'occasion de voir le fonctionnement d'une équipe multidisciplinaire à l'hôpital René Dubos de Pontoise, où s'effectue la reconstruction clitoridienne au sein de la maternité, j'ai pu constater que les sages-femmes informaient plus facilement leurs patientes, notamment en consultations prénatales et en suites de couche. La présence de ce service dans les locaux semblait favoriser

le dialogue, car il était possible d'assurer une continuité dans la prise en charge entre les différents intervenants.

Cette équipe propose, avant tout acte chirurgical, un accompagnement psychologique et sexologique aux femmes excisées. Les consultations de sexologie sont menées par une sage-femme qui a toute sa place dans ce parcours de soins. Les femmes qui sont dans une démarche active de reconstruction sont au courant de leur mutilation, ce qui facilite l'instauration du dialogue. Lors de ces consultations, il y a toujours un temps de mise en confiance, néanmoins il est parfois difficile de parler de sexualité jugée comme tabou.

4.3 Ecoute, information et orientation

Dans les questions ouvertes, les sages-femmes pensent avoir une place dans plusieurs domaines et à différents moments de la vie des femmes.

Elles pensent qu'avec une formation adaptée, elles pourraient intervenir aussi bien lors de consultations de gynécologie que d'obstétrique.

Elles mentionnent majoritairement un rôle dans l'écoute des femmes, l'accompagnement et l'information.

Les sages-femmes pensent, pour la plupart, qu'il est nécessaire pour cela d'instaurer une relation de confiance et que cela est difficilement réalisable lors d'un suivi classique où les consultations sont trop courtes.

Lors d'un suivi obstétrical, beaucoup d'entre elles évoquent l'entretien du quatrième mois comme un moment propice pour prendre le temps d'aborder ce sujet.

En dehors de la grossesse, beaucoup de sages-femmes évoquent la place privilégiée des professionnels de santé exerçant dans les centres de PMI. Il est vrai que c'est un lieu tout à fait adapté mais le problème de l'approche et des connaissances des sages-femmes ou des médecins sera présent de la même façon.

Une sage-femme diplômée en 2013 affirme que « L'information et la prévention sont au cœur de notre métier. Ceci s'applique bien évidemment dans la prise en charge des MSF. Notre place privilégiée de praticien vers lequel une femme peut se confier doit être utilisée dans ce type de cas à tout moment dans la vie d'une femme ».

5. Une formation insuffisante des sages-femmes sur le sujet des mutilations sexuelles féminines

5.1 La formation initiale

Les écoles de sages-femmes incluent le sujet des MSF aux programmes de formation.

En effet, le ministre de la santé de l'époque Xavier Bertrand a affirmé, lors du colloque « Pour en finir avec les mutilations sexuelles féminines » en 2006, la nécessité que tous les professionnels de santé bénéficient d'un enseignement sur les MSF au cours de leur cursus. Une circulaire a été mise en place en 2007 dans cette optique à l'intention des doyens des universités de médecine [34].

Cela montre qu'il y a une prise de conscience de la part des professionnels de santé mais aussi des pouvoirs publics quant aux problématiques spécifiques des MSF et une volonté d'améliorer les prises en charge des femmes mutilées ainsi que de prévenir les MSF.

Malgré cela, en 2013, la commission nationale consultative des droits de l'Homme [3] ne recensait que trois universités ayant mis en place un module de formation consacré aux MSF.

Les jeunes professionnels devraient donc tous avoir reçu une formation mais ce n'est pas toujours le cas. Cependant, même lorsque la formation a été dispensée, ils évoquent une formation initiale insuffisante voire inexistante.

Les sages-femmes interrogées reconnaissent que l'aspect obstétrical est un peu plus abordé au cours des études mais qu'il n'y a aucune formation pour ce qui est de la prise en charge spécifique de ces femmes notamment pour les techniques d'entretien et la meilleure façon d'aborder ce sujet avec leurs patientes sans se mettre dans une situation délicate pour elles comme pour la patiente. L'une d'elles déclare « Je pense avoir passé deux heures de cours pendant mes études sur ce sujet, ce qui est vraiment très peu quand nous voyons l'ampleur des dégâts et le nombres de patientes touchées ».

On remarque que de nombreuses sages-femmes reconnaissent qu'en plus de la théorie, des travaux dirigés sur la façon de mener les entretiens seraient les bienvenus. C'est une réponse qui revient régulièrement à la question de savoir ce qui leur a manqué au cours de leurs études pour être plus à l'aise face aux patientes mutilées.

L'Organisation Mondiale de la Santé et l'United Nations International Children's Emergency Funds (UNICEF) qui sont impliqués dans la lutte contre les MSF ont reconnu le rôle primordial des professionnels de santé et la nécessité d'une formation spécifique aux MSF [35] [36].

Parmi les sages-femmes interrogées, on retrouve 61% d'entre elles qui sont insatisfaites de leur formation initiale. Cette insatisfaction était déjà présente dans les réponses des sages-femmes interrogées en 2006 dans l'étude de J.VAYSSE (63% d'entre elles) [33].

Il faut cependant nuancer ce chiffre. En effet, même si la majorité des jeunes sages-femmes ne trouvent pas leur formation initiale adaptée, elles sont quand même consciente des problèmes liés aux MSF et ne sont pas totalement démunies face à elles puisque que plus de la moitié d'entre elles sont capables de citer des organismes ou des personnes ressources vers qui orienter les patientes qui en auraient besoin.

Parmi ces dernières, 85% citent le GAMS qui mènent des actions de prévention dans les écoles de sages-femmes.

On peut donc conclure que malgré le manque d'information des sages-femmes sur les MSF, les formations initiales s'adaptent ces dernières années ce qui permet de penser que ce problème est désormais pris en compte à part entière par les professionnels de santé.

Cela semble être efficace, on note une diminution significative des sages-femmes qui considèrent leur connaissances comme insuffisantes quant aux MSF. En effet, en comparant notre étude et celle de J.VAYSSE [33], on remarque qu'en 2006, elles étaient 80% à considérer leurs connaissances comme insuffisantes versus 56% pour les sages-femmes de notre étude ($p < 0,01$).

Cette étude montre que la formation initiale des sages-femmes nécessite encore des améliorations mais qu'elle est présente et commence même à porter ses fruits. Cette présence permet au minimum de sensibiliser les futurs professionnels ce qui est un premier pas pour de meilleures prises en charge.

Il est en effet très difficile au cours d'une formation d'explorer de façon complète tous les sujets. Les MSF pouvant être abordées lors des cours d'obstétrique, de gynécologie, de pédiatrie, d'anthropologie ou de sociologie, elles sont régulièrement évoquées mais ne font que très rarement l'objet d'un cours à part entière.

5.2 La formation professionnelle continue

58% des sages-femmes interrogées déclarent n'avoir eu qu'un seul cours portant sur ce sujet durant leur formation initiale.

Il vient alors se poser la question de la formation continue. Les professionnels de santé ont pour devoir de se former tout au long de leur vie professionnelle, car la médecine est une science en constante évolution.

Une profession médicale nécessite toujours de nouveaux apprentissages en fonction des lieux d'exercice et des populations auxquelles elle est confrontée.

La formation professionnelle continue (FPC) semblerait donc être un bon moyen pour parfaire les connaissances des sages-femmes (et des autres professionnels de santé) sur les MSF.

Les sages-femmes ayant bénéficié du nouveau programme qui intègre les MSF, déjà sensibilisées à ce problème, se mobiliseraient certainement pour améliorer leurs connaissances.

En effet, elles déclarent ne pas être capables d'aborder ces mutilations avec leurs patientes par manque de connaissances sur ce sujet. Participer à des colloques hospitaliers leur permettrait de pouvoir se sentir plus à l'aise face à ces situations.

La littérature montre aussi le manque d'information des professionnels de santé sur les MSF [23] [31] [33] [41].

Associer la FPC à la formation initiale assurerait une continuité adaptée, car si les sages-femmes n'abordent pas le sujet c'est souvent parce qu'elles redoutent des questions médicales auxquelles elles ne sauront peut-être pas répondre mais aussi par méconnaissance de la dimension socio-culturelle qui entoure les MSF.

Approfondir les connaissances médicales et juridiques est donc indispensable pour permettre aux sages-femmes de ne plus considérer les MSF comme un sujet tabou, il faudrait l'associer à un enseignement sur les croyances, les conséquences sociales et les conditions des excisions.

Une formation adaptée serait une formation qui permettrait aux sages-femmes de se sentir à l'aise face aux différentes situations qui peuvent survenir dans un contexte de MSF, pouvoir accueillir une femme excisée et discuter avec elle de sa mutilation avec des termes adaptés, tout en ayant à l'esprit la part de la dimension traditionnelle, pour ne pas paraître accusateur, pouvoir lui expliquer le versant médical, pouvoir lui proposer une reconstruction si elle vit mal son excision (ce qui

n'est pas toujours le cas), et pouvoir mener une action de prévention pour les mineures potentiellement menacées.

Cela est fondamental car la formation des professionnels de santé a un impact direct sur les pratiques. En effet, les professionnels considérant leurs connaissances comme suffisantes abordent plus le sujet avec les femmes, recherchent d'éventuelles complications et adaptent leurs pratiques au cours des différentes prises en charge.

L'étude menée en Ile de France par J.VAYSSE[33] montre par exemple que les sages-femmes ayant de bonnes connaissances en matière de MSF réalisent significativement plus d'actions de prévention.

5.3 Nécessité d'un outil pédagogique

Dans l'optique d'une meilleure prise en charge des femmes mutilées de la façon la plus efficace possible, l'utilisation d'un outil pédagogique spécialement destiné aux sages-femmes semblerait être une solution partielle aux difficultés rencontrées pour aborder les MSF.

En effet, l'argument du manque de connaissances et la crainte de ne pas pouvoir répondre aux questions des patientes sont très présents dans les réponses obtenues.

Cela ne permettrait pas de remplacer une formation complète sur les MSF qui représentent un très vaste sujet mais semblerait être un bon moyen de ne pas occulter les mutilations diagnostiquées lors des consultations ou de ne pas délivrer une information incomplète.

En effet, plusieurs sages-femmes interrogées déplorent le manque de protocoles de service pour prendre en charge les femmes excisées.

J'ai fait le choix de faire un outil plus développé qu'une plaquette comme celle qui est en **annexe 5**.

La rédaction de cet outil est synthétique mais tente d'englober tous les versants des MSF afin que l'on puisse trouver rapidement des réponses aux interrogations qui peuvent survenir quelle que soit la fonction occupée.

Outil pédagogique à l'usage des sages-femmes

Prise en charge des femmes excisées

1. Introduction aux Mutilations Sexuelles Féminines [4][15][25]

Les mutilations sexuelles féminines consistent en **l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme** et regroupent toutes les lésions sur les organes génitaux féminins pratiquées pour des raisons non médicales.

On les retrouve majoritairement en **Afrique sub-saharienne**, au **Moyen-Orient** et dans les **communautés d'immigrés partout dans le monde** mais plus particulièrement en Europe Occidentale et en Amérique du Nord.

Elles étaient en général pratiquées **entre 4 et 12 ans** mais on peut noter trois périodes principales :

- Entre 3 et 6 ans
- Entre 11 et 13 ans (période pré-pubertaire)
- Juste avant le mariage

Cependant ces pratiques évoluent et aujourd'hui, les MSF sont souvent pratiquées très tôt sur les bébés.

Leur prévalence est estimée à **130 millions dans le monde**, une femme sur trois est concernée sur le continent africain.

Chaque année deux à trois millions de femmes sont excisées

En France, ce chiffre est estimé à **53 000 femmes**.

2. Comprendre les Mutilations Sexuelles Féminines (MSF)

Pour comprendre les MSF, il est nécessaire de connaître les motivations pour lesquelles les excisions sont pratiquées [37]. Elles sont variées :

- **La coutume** : ces pratiques s'enseignent de génération en génération et sont ancrées très profondément dans certaines cultures.

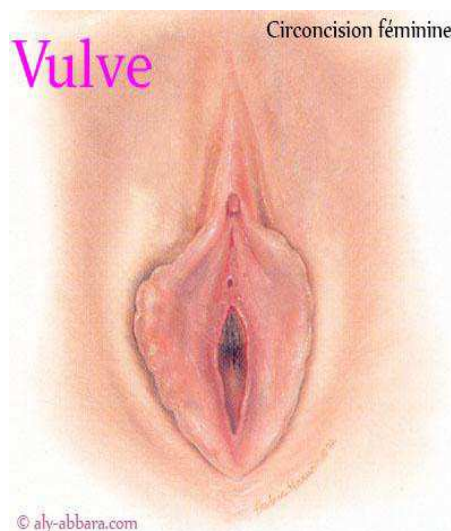
- **Les croyances liées au clitoris** : il est considéré comme un dard qui pourrait tuer l'homme ou le nouveau-né si ces derniers le touchaient. De plus, son ablation permettrait d'accroître la fécondité.
- **L'identité sexuelle** : le nouveau-né est considéré dans certaines ethnies comme bisexuel tant que n'a pas eu lieu l'excision chez la petite fille ou la circoncision chez le petit garçon.
- **La dimension esthétique** : le clitoris serait un vestige de l'homme.
- **La dimension initiatique** : l'excision est considérée comme un rite de passage vers la vie de femme.
- **La répression de la sexualité des femmes** : pour les hommes, exciser les femmes est un moyen d'éviter des excès sexuels de la part des femmes notamment l'infidélité. C'est ce qui permettrait aux femmes de conserver leur virginité jusqu'au mariage en les privant du plaisir sexuel associé au clitoris.
- **Augmenter le plaisir masculin** : dans le cas des infibulations, en rétrécissant l'orifice vaginal.

3. Dépister les MSF

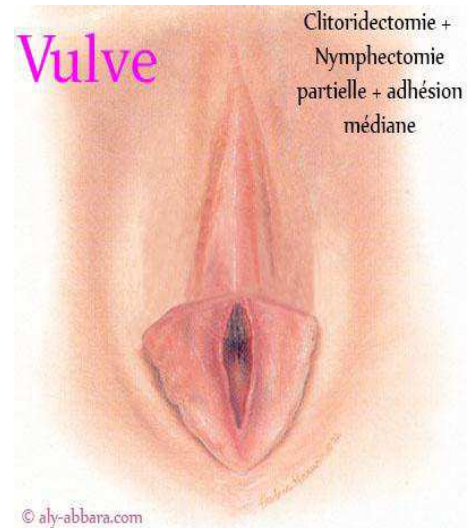
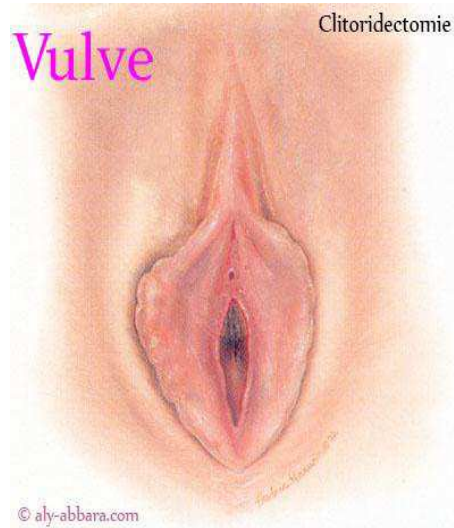
Le dépistage des MSF passe par un examen attentif de la vulve et par la connaissance de son anatomie lorsqu'il n'y a pas de mutilation.

Il existe **quatre types de MSF** selon l'OMS [4] [38] :

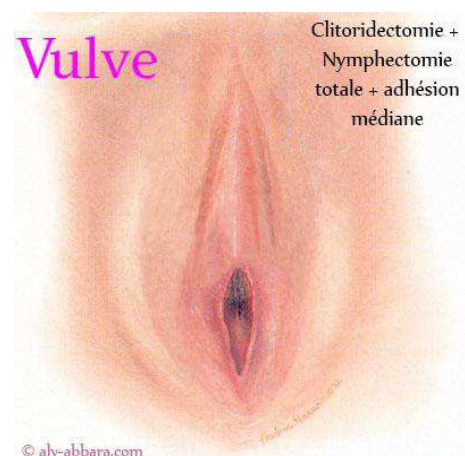
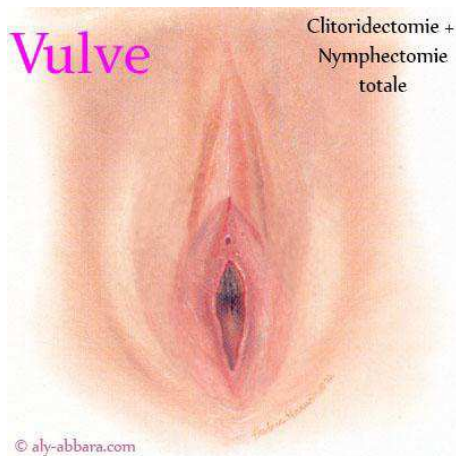
- **Type 1** : excision du capuchon clitoridien, avec ou sans excision partielle ou totale du clitoris. Ce type de mutilation est parfois très discret et difficile à repérer.



- **Type 2** : excision du clitoris, avec excision partielle ou totale des petites lèvres. C'est le type le plus répandu.



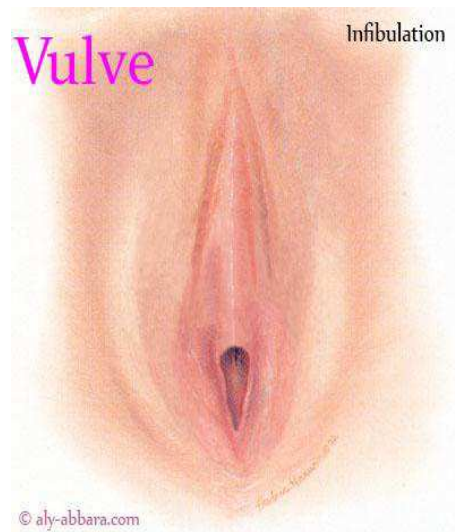
4 5
,



⁴ Clitoridectomie : ablation du clitoris

⁵ Nymphectomie : ablation des petites lèvres.

- **Type 3** : excision partielle ou totale des organes génitaux externes et suture/rétrécissement de l'orifice vaginal (infibulation)

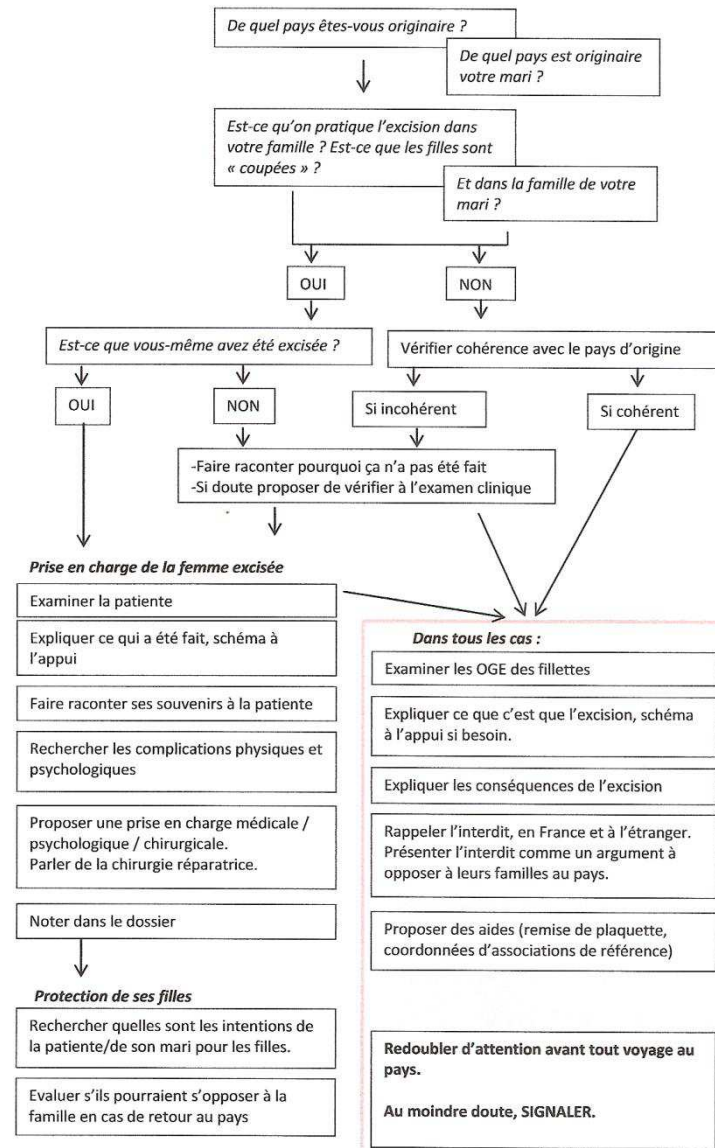


- **Type 4** : autres procédés variés comme les piqures, perforations et étirement du clitoris et/ou des lèvres.

4. Ouvrir le dialogue

a) Exemple de consultation et technique d'entretien

Proposition d'un **schéma de consultation** mis au point dans le cadre d'une thèse ayant pour sujet « Les Internes en Médecine Générale Face aux Mutilations Sexuelles Féminines : Connaissances, Attitudes, Enseignement » [39].



Pour ce qui est des techniques d'entretien, l'important est de créer le dialogue tout en instaurant une relation de confiance.

Sortir du domaine purement médical peut permettre d'arriver à cela.

Demander aux patientes de quel pays elles sont originaires mais aussi de quelle ethnie permet de témoigner un intérêt à leur culture d'origine.

Savoir depuis combien de temps elles sont en France est aussi très intéressant pour avoir une idée du lien qu'elles ont conservé ou non avec leur pays d'origine et évaluer les éventuels risques d'excision sur les enfants.

b) Messages de prévention

Afin de pouvoir délivrer des messages de prévention, il est nécessaire de rappeler aux patientes concernées et à leurs entourages **l'interdiction des MSF en France comme à l'étranger**. Ces rappels juridiques font l'objet de la partie suivante.

Mais il est surtout nécessaire de leur **expliquer pourquoi les MSF sont interdites** en leur citant les complications majeures [11][12] que causent ces pratiques.

Les complications immédiates :

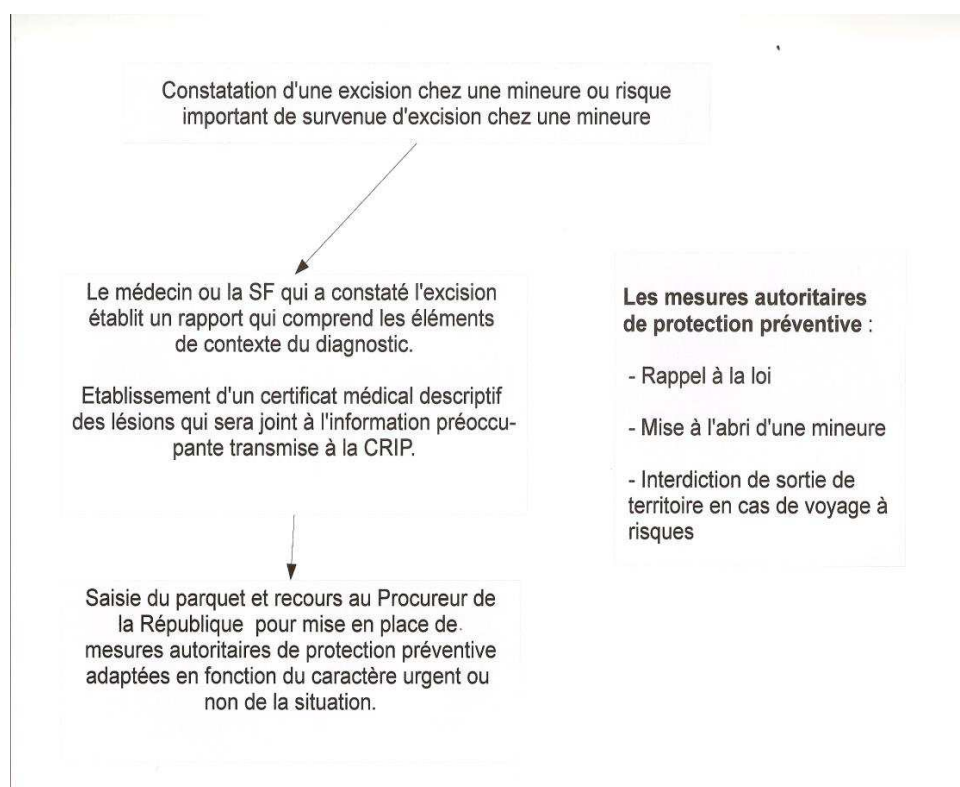
- **Les hémorragies** : la vulve est une zone très vascularisée. Le risque majeur est la section de l'artère honteuse interne ou dorsale du clitoris qui entraîne des saignements très abondants.
- **Le choc** : neurologique car zone très innervé ou hypovolémique dû à l'hémorragie.
- **La mort de la fillette ou de la jeune fille** peut survenir dans les cas les plus graves notamment en cas d'hémorragie ou de choc.
- **Les lésions des organes de voisinage** : elles sont opérateur dépendant et/ou surviennent lors des mouvements de la fillette/femme.
- **La rétention d'urine** : survient surtout dans les cas d'infibulation dans les 48 à 72 heures. Elle peut être due à une infection de l'urètre ou à des lésions du méat urinaire mais surtout à l'inhibition réflexe qui est causée par la douleur et l'œdème.
- **Les infections** : pas d'asepsie, risques d'infections généralisées (septicémie)
- **Les fractures** : elles surviennent en maintenant trop fermement celles qui se débattent.

Les complications à moyen et long terme :

- **Les IST notamment hépatite B et VIH** : elles sont dues à des conditions d'asepsie inexistantes et à l'utilisation d'outils souillés.

- **Les fistules vésico-vaginales et recto-vaginales** : elles apparaissent suite à la nécrose des tissus mous du bassin, en général provoquée par un travail particulièrement long (plusieurs jours parfois).
- **Les dysménorrhées** : ce sont des douleurs pelviennes survenant au moment des règles dues aux infections génitales et à la difficulté d'évacuer le sang menstruel.
- **Le névrome du nerf dorsal du clitoris** : c'est l'emprisonnement du nerf clitoridien dans la cicatrice. Considéré comme la plus grande douleur liée à l'excision, elle rend la région clitoridienne extrêmement sensible.
- **Les infections pelviennes chroniques** : endométrites, salpingites chroniques (conséquence d'infections aiguës non soignées)
- **La stérilité** : notamment due aux infections qui entraînent des stérilités tubaires.
- **Les kystes dermoïdes** : dus à l'inclusion de tissu cutané dans la cicatrice
- **Les cicatrices chéloïdes** : bourrelets cicatriciels (excès de tissu conjonctif au sein de la cicatrice).
- **Les fréquentes répercussions psychologiques et sexuelles**

c) Rappels juridiques [18][19]



Textes de loi	Contenu des textes de loi	Peines encourues
Articles 222-9 et 222-10 du code pénal	Violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente	Jusqu'à 15 ans de réclusion criminelle si violences commise sur des mineures
Articles 222-7 et 222-8 du code pénal	Violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner	15 à 30 ans de réclusion criminelle
Article 222-12 du code pénal	Violences ayant entraîné une interruption temporaire de travail supérieure à 8 jours.	Jusqu'à 5 ans d'emprisonnement et 75000 euros d'amende
Article 222-16-2 du code pénal	Permet de punir les crimes cités dans les articles 222-8, 222-10 et 222-12 même s'ils sont commis à l'étranger	Cf ci-dessus
Article 226-14 du code pénal	Permet aux professionnels de santé de lever le secret médical	
Article 223-6	Délit de non-assistance à personne en danger	Jusqu'à 5 ans d'emprisonnement et 76245 euros d'amende
Loi du 10 juillet 1989	Obligation de signalement au Procureur de la République ou au Tribunal de Grande Instance sous peine d'être puni de non-assistance à personne en danger	

Tableau 7 : Récapitulatif de la législation française

5. Prise en charge des MSF lors d'une grossesse

Lorsqu'il s'agit d'une consultation dans le cadre d'un suivi de grossesse, il est important de poser le diagnostic clinique et de connaître les **complications obstétricales**[13] [14] [37] [41]qui peuvent survenir :

- Elles dépendent du type de MSF. En obstétrique, les **complications lors de l'accouchement ne concernent pratiquement que les femmes présentant une mutilation de type 3.**
- Parfois, par crainte de l'accouchement, les femmes mangent peu, pour éviter la naissance d'un gros bébé, et présentent donc une **anémie** due à une alimentation insuffisante.
- **Les infections génitales et urinaires chroniques** qui augmentent le risque de **fausses couches spontanées et d'accouchements prématurés.**
- **Complications liées aux tissus cicatriciels :**
 - Un périnée fragile qui ne peut se distendre comme un périnée intact
 - **La dystocie de dégagement** (sclérose des tissus de la vulve et du périnée à l'origine de perturbation de la rotation, de la flexion, de la descente et du dégagement du fœtus probablement).
 - **Les déchirures périnéales compliquées** notamment antérieures.
- **Une durée du travail augmentée**pouvant être à l'origine de la formation de **fistules.**
- **Une augmentation du taux de césarienne.**
- **Une augmentation du nombre d'hémorragies du post-partum.**
- Plus d'**issues néonatales défavorables** notamment dues à une durée de travail prolongée (Risque de décès périnatal augmente d'un facteur 3 à 4).
- On retrouve un **risque de décès maternel doublé** pour les femmes excisées.

Dans le cas particulier d'une MSF de type 3, il est nécessaire de pratiquer une **désinfibulation.**

Elle peut être réalisée pendant la grossesse, ou au moment de l'accouchement, sous anesthésie locorégionale préférentiellement afin d'éviter les douleurs.

Cette intervention consiste à couper la cloison, formée par l'accolement des grandes lèvres, le long de la ligne médiane en direction du pubis jusqu'à visualisation de l'urètre.

Tous ces risques, notamment liés à un travail long sur des tissus cicatriciels, doivent être présents à l'esprit des professionnels pour pouvoir adapter nos conduites à tenir, dans la réalisation d'une **épisiotomie médio-latérale préventive**, par exemple, à réaliser **sur indication habituelle et non de façon systématique**.

Il est important de toujours avoir à l'esprit que pour beaucoup de ces femmes, la grossesse peut être un moment difficile, physiquement et/ou psychologiquement.

Afin de les accompagner au mieux, il faut être attentif à leurs craintes, leurs demandes, leurs interrogations.

Veiller tout particulièrement à **leurs besoins en analgésie au cours du travail**, ainsi que **limiter les touchers vaginaux** sont deux précautions nécessaires et importantes pour ces femmes.

Une visite post-natale peut être programmée précocement, environ un mois après l'accouchement si la patiente a été désinfibulée, afin de pouvoir discuter avec elle de ce changement anatomique et de son vécu de l'accouchement, mais aussi de faire passer des messages de prévention.

6. Orienter les patientes

Certaines femmes mutilées peuvent exprimer le besoin d'un accompagnement psychologique, le souhait de consultation en sexologie ou de technique chirurgicale de reconstruction mais aussi rechercher de l'aide en cas de menace d'excision pour leur enfant.

Si elles n'en font pas elles-mêmes la demande, nous pouvons le leur proposer si le dialogue a pu être instauré.

Pour cela les **liens utiles en Ile de France**[40] sont les suivantes :

- **Les associations spécialisées**

- Mouvement français pour le planning familial (MFPF)

10, rue Vivienne – 75002 Paris

01 42 60 93 20 du lundi au vendredi de 9h30 à 17h

- Commission pour l'abolition des mutilations sexuelles (CAMS)

01 45 49 04 00

- Groupe femmes pour l'abolition des mutilations sexuelles (GAMS)

01 43 48 10 87 / association.gams@wanadoo.fr

- TOSTAN France

Information, partage et éducation entre l'Afrique et l'Europe : droits humain, santé...

01 42 46 85 89 / <http://www.tostan.fr>

- Inter service migrants interprétariat (nécessité de recourir à un interprète)

01 53 26 52 50

- **Saisir les autorités juridiques**

- Cellule de Recueil, de traitement et d'évaluation des Informations Préoccupantes (CRIP)

01 53 46 86 74

- Parquet des mineurs du Tribunal de Grande Instance (TGI)

01 44 32 64 65

7. La reconstruction clitoridienne [26][28][29]

a) Technique mise au point par Pierre Foldès

- Incision pré-pubienne
- Section du ligament suspenseur
- Libération du genou clitoridien
- Libération du corps clitoridien
- Résection cicatricielle
- Reconstitution du gland
- Réimplantation du gland
- La couverture
- Fermeture cutanée

Il faut avoir à l'esprit que lorsque les femmes souhaitent se faire reconstruire, elles sont en quête de retrouver une identité sexuelle. Dans cette démarche, elles sont souvent en attente d'un clitoris proéminent. Or après l'intervention, il n'est pas rare qu'il y ait une rétraction clitoridienne dont les patientes sont informées.

La chirurgie réparatrice n'est pas une « baguette magique » pour la sexualité, d'où la prise en charge sexologique proposée avant et après l'intervention afin d'informer, conseiller et repérer les idées reçues. De plus, les femmes excisées ont parfois vécu d'autres traumatismes de vie (mariage forcé, viols, exil, enfants éloignés d'elle, ambivalence entre leur culture d'origine et leur culture d'accueil...), d'où l'intérêt d'un accompagnement psychologique tout au long de la démarche de reconstruction.

b) Modalités

- Dans le cadre d'un **accompagnement pluridisciplinaire** (sexologue, psychologue)
- Possible pour **toutes les formes de mutilations sexuelles**
- Opération non pratiquée chez les mineures
- **Cicatrisation relativement rapide mais souvent douloureuse** nécessitant des soins locaux et des antalgiques pendant 15 jours en moyenne
- Contre-indication à l'intervention pendant la grossesse et l'allaitement car protocole antalgique incompatible

- Contre-indication aux rapports sexuels pendant 6 semaines après l'intervention
- Sortie le lendemain de l'intervention
- **Réacquisition sensorielle** dans les semaines suivant l'intervention et variable selon les femmes
- Consultations post-opératoires à 10 jours, 1 mois puis 6 mois au minimum
- **Remboursement à 100%** par la sécurité sociale depuis 2003

c) Quelques lieux d'adresse [40] :

- Hôpital Trousseau, Paris 12ème
Pr Jen-Louis Benifla
Contact : sage-femme Dominique Louboutin
01 44 73 51 42
- Hôpital Bichat, Paris 18ème
Dr Philippe Faucher
01 40 25 73 20
- Clinique Louis IV, Saint Germain en Laye (78)
Dr Pierre Foldès
01 39 10 26 03
- Hôpital André Grégoire, Montreuil (93)
01 49 20 31 05
- Clinique de la Dhuys, Bagnolet (93)
Dr Pierre Becache
01 48 97 50 93
- CHI de Créteil (94)
Pr Bernard-Jean Paniel
01 45 17 55 51

- Hôpital René Dubos, Pontoise (95)
Dr Benoît Menesson
01 30 75 48 33
- Hôpital du Kremlin-Bicêtre(94)
Dr Antonetti-Ndiaye
01 45 22 77 01

Conclusion

Concernant les mutilations sexuelles féminines, les sages-femmes ont des connaissances qui semblent évoluer et s'affiner depuis quelques années bien qu'il persiste des manques dans la formation initiale, qui n'est que partiellement comblée par la formation professionnelle continue.

Mais, cette constatation seule ne peut suffire à expliquer la difficulté de prise en charge des patientes mutilées.

En effet, les mutilations sexuelles féminines constituent dans nos sociétés occidentales un sujet tabou par méconnaissance de leur origine, de leur histoire à travers les siècles et l'évitement est souvent la solution adoptée soit par crainte de mal faire, soit pour ne pas rentrer dans une dimension culturelle inconnue.

Cependant, constatant l'intérêt croissant des sages-femmes pour ce sujet, et convaincue que nous avons une place de choix dans le parcours de vie des femmes excisées, il m'a semblé utile de créer un outil pédagogique succinct mais complet apportant aux praticiens les réponses indispensables à une bonne prise en charge.

Il n'est pas nécessaire de chercher à tout maîtriser pour pouvoir aborder les questions qui l'entourent. Des connaissances ethniques, médicales, et législatives simples pourraient probablement suffire à s'améliorer dans le dépistage, la prise en charge et la prévention des mutilations sexuelles féminines.

Pour s'en assurer, il serait intéressant de mener une nouvelle étude auprès de sages-femmes qui n'osaient pas aborder ce sujet après qu'elles aient bénéficié d'une formation continue et qu'elles aient à leur disposition cet outil pédagogique.

Les professionnels de santé ont un champ d'action précieux dans la lutte contre les mutilations sexuelles et donc sur la santé sexuelle et génésique de cent-trente millions de femmes.

Améliorer la santé maternelle, réduire la mortalité infantile, combattre le virus de l'immunodéficience humaine, promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes sont quatre des huit objectifs du Millénaire pour le développement issus de la déclaration du Millénaire des Nations unies adoptée en 2000 par 189 Etats Membres.

L'élimination des mutilations sexuelles féminines contribuerait largement à remplir ces quatre objectifs car elles affectent tous les aspects de la santé des filles et des femmes.

Bibliographie

- [1] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *Les mutilations sexuelles féminines*, aide-mémoire n°241. Genève 2000.
- [2] WEHENKEL, M., *Dépistage et prévention des mutilations sexuelles féminines et de leurs complications en médecine générale*. Thèse de doctorat de médecine. Paris : 2007.
- [3] COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME, *Avis sur les mutilations sexuelles féminines, adopté par l'Assemblée plénière du 28 novembre 2013*.
- [4] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, « *Female genital mutilation – new knowledge spurs optimism* », *Progress in sexual and reproductive health research* n°72.
- [5] AMNESTY INTERNATIONAL, *Ending female genital mutilation. A strategy for the European Union institutions*. 2013.
- [6] ANDRO A., LESCLINGAND M., *Les mutilations sexuelles féminines : le point sur la situation en Afrique et en France*, *Population et sociétés*, n°438, 4 p.
- [7] GYNECOLOGIE SANS FRONTIERES, *Accès aux mutilations sexuelles féminines*, Avril 2007.
- [8] OMS, UNICEF, UNESCO, HCDH, HCR, ONUSIDA, PNUD, UNFPA, UNIFEM, *Éliminer les mutilations sexuelles féminines : déclaration interinstitutions*. Genève, 2008.
- [9] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *Mutilations sexuelles féminines*. 1997.
- [10] COMMISSION DES DROITS DE L'HOMME. 2004.
- [11] CHATELAIN, C., *Les mutilations sexuelles féminines*. Mémoire d'école de sage-femme. Dijon : 2001.
- [12] PANIEL, BJ., *Les diverses mutilations sexuelles génitales féminines et leurs conséquences*. Supplément au Bulletin de l'Académie nationale de médecine. 2004 : 188 (6) : 21-42.
- [13] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *Mutilations génitales féminines et devenir obstétrical : étude prospective concertée dans six pays africains*. 2004.
- [14] HENRION, R., *Les complications obstétricales des mutilations génitales féminines*. *La revue du praticien gynécologie et obstétrique*. 2007 : 111 : 24-27.
- [15] <http://www.federationgams.org/>

- [16] POULAIN-D'HAUTHUILLE, A-C., *Les mutilations sexuelles féminines, étude à l'hôpital Jean Verdier de juin à décembre 2005*. Mémoire pour le DIU de formation complémentaire en gynécologie et obstétrique. Paris : 2005.
- [17] PORTAIL MAURITANIEN DE L'ACTUALITE SUR LE MAGHREB ET L'AFRIQUE FRANCOPHONE.
<http://www.pointschauds.info/fr>
- [18] REPUBLIQUE FRANCAISE, *Code pénal*. Dalloz, 2005.
- [19] CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. *Code de déontologie médicale*, article 44 « sévices ». Dalloz, 2012.
- [20] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, *Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer les mutilations sexuelles féminines*. 2010.
- [21] YODER, PS., ABDERRAHIM, N., ZHUZHUNI, A., *L'excision dans les Enquêtes Démographiques et de Santé : Une analyse comparative. Rapports comparatifs EDS n°12*. ORC Macro, 2005.
- [22] SHELL-DUNCAN, B., *The medicalization of female « circumcision » : harm reduction or promotion of a dangerous practice ? Social Science and Medicine*. 2001: 52 (7): 1013-1028.
- [23] ANDRO, A., LESCLINGAND, M., POURETTE, D., *Comment orienter la prévention de l'excision chez les filles et jeunes filles d'origine africaine vivant en France : Une étude des déterminants sociaux et familiaux du phénomène, Rapport final, Volet qualitatif du projet Excision et Handicap (ExH)*, INED, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, janvier 2009.
- [24] BENTO, S., BEDDOCK, R., ANTONETTI-NDIAYE, E., *Enquête sur la réparation clitoridienne après mutilation sexuelle féminine*. La revue Sage-femme. 2011 : 10 : 208-213.
- [25] <http://www.stop-violences-femmes.gouv.fr>
- [26] FOLDES, P., *Les réparations d'excision : attente des patientes, techniques et résultats*. Gynécologie Pratique et Obstétrique. Novembre 2010 : 12-13.
- [27] CUZIN, B., *Les réparations d'excision : impact sur la sexualité*. Gynécologie Pratique et Obstétrique. Octobre 2010 : 16-17.
- [28] FOLDES, P., *Chirurgie plastique reconstructrice du clitoris après mutilation sexuelle*. ProgUrol. 2004 : 14 (1) : 47-50.

- [29] HUCK-LEGENDRE, V., *Femme excisée – Reconstruction clitoridienne : Connaissances nécessaires pour une meilleure prise en charge sexologique*. Mémoire pour le Diplôme universitaire de Psycho-Sexologie. Paris : 2011.
- [30] UNICEF, *Les mutilations génitales féminines en Suisse, enquête auprès des sages-femmes, gynécologues, pédiatre et services sociaux suisses*. 2005.
- [31] VAYSSE, J., *Le rôle de la sage-femme dans la prévention des mutilations génitales féminines*. La Revue Sage-femme. 2006 : 5 : 171-181.
- [32] GILLETTE-FAYE, I., *Répartition géographique en France et dans le monde*. Supplément au Bulletin de l'Académie nationale de médecine. 2004 : 188 (6) : 43-51.
- [33] VAYSSE, J., *Le rôle de la sage-femme dans la prévention des mutilations génitales féminines*. Mémoire d'école de sage-femme. Paris : 2006.
- [34] MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE, DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE, *Circulaire interministérielle DGS/SD 2 C n°2007-98 du 8 mars 2007 relative à la formation des étudiants en médecine dans le cadre du plan de lutte contre les mutilations sexuelles féminines*.
- [35] UNICEF, *Programme conjoint sur les mutilations génitales féminines/excision : accélérer le changement*. Rapport annuel 2012.
- [36] UNICEF, *Mutilations génitales féminines/excision : aperçu statistique et étude de la dynamique des changements*. 2013.
- [37] RETTEL, V., *Mutilations sexuelles féminines et accouchement : pour une prise en charge adaptée*. Mémoire d'école de sage-femme. Metz : 2009.
- [38] <http://www.aly-abbara.com>
- [39] LAURENS DOUCOURE, A., *Les internes en médecine générale face aux mutilations sexuelles féminines : Connaissances, attitudes, enseignement*. Thèse pour le doctorat en médecine. Paris : 2011.
- [40] DELEGATION REGIONALE AUX DROITS DES FEMMES ET A L'EGALITE D'ILE DE FRANCE, « *Mutilations sexuelles féminines : Sexualité, soins et prévention. Quels enjeux pour les professionnel-le-s ?* ». 2011.
- [41] HOHLFELD, C., THIERFELDER, C., JAGER, F., *Recommandations suisses à l'intention des professionnels de la santé*. Bulletin des médecins suisses. 2005.

Annexes

Annexe I : Questionnaire diffusé auprès des sages-femmes

Questionnaire mémoire ESF5

Je suis Myriam Parpaite, actuellement étudiante en cinquième année d'école de sages-femmes et je vous sollicite dans le cadre de mon étude de mémoire. Ce questionnaire s'adresse à toutes les sages-femmes diplômées en 2011, 2012 et 2013 et a pour but de dresser un état des lieux des connaissances sur les mutilations sexuelles féminines (MSF) afin de voir si la formation théorique initiale est satisfaisante ou si elle nécessite des adaptations dans le but d'améliorer nos prises en charge de ces femmes. Les résultats resteront anonymes.

Il vous suffit de remplir le questionnaire en ligne, cela vous demandera environ dix minutes.

Merci de votre participation

Vous concernant :

1. De quelle école êtes-vous diplômé(e)?
2. De quelle année êtes-vous diplômé(e)?
 - 2011
 - 2012
 - 2013
3. Dans quel service travaillez-vous majoritairement?
4. Avez-vous fait d'autres études que celles de maïeutique?
 - OUI
 - NON
5. Si oui, lesquelles?

Concernant vos connaissances :

6. Comment définiriez-vous vos connaissances quant aux MSF?

- Très bonnes
- Bonnes
- Insuffisantes
- Nulles

7. Selon vous, des MSF sont-elles encore pratiquées dans le monde?

- OUI
- NON

8. Selon vous, ce chiffre est :

- En baisse
- Stable
- En augmentation

9. Avez-vous plutôt acquis vos connaissances lors de votre pratique clinique ou lors de votre formation théorique initiale? Détaillez.

10. Avez-vous déjà entrepris des recherches afin de vous renseigner sur les MSF en dehors de votre formation initiale?

- OUI
- NON

11. Si oui, dans quel cadre?

Concernant votre pratique :

12. Avez-vous déjà rencontré une ou des MSF lors de votre pratique clinique?

- OUI
- NON

13. Pensez-vous pouvoir les diagnostiquer?

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

14. Pensez-vous pouvoir établir de quel type de MSF il s'agit?

- OUI
- NON

15. Vous sentez-vous à l'aise pour aborder le sujet des MSF avec les patientes concernées?

- OUI
- NON

16. Si non, pourquoi?

17. Vous sentez-vous à l'aise pour lui annoncer qu'elle a été mutilée sexuellement si elles ne le sait pas?

- OUI
- NON

18. Si non, pourquoi?

19. Seriez-vous capable de citer les différents types de complication engendrés par les MSF?

- OUI
- NON

20. Si oui, lesquels?

21. Vous sentez-vous à l'aise pour informer les patientes sur les risques obstétricaux engendrés?

- OUI
- NON

22. Si non, pourquoi?

23. Pensez-vous pouvoir assurer une prise en charge adaptée pendant l'accouchement?

- OUI
- NON

24. Si non, pourquoi?

25. Pensez-vous pouvoir assurer une prise en charge adaptée lors du post-partum?

- OUI
- NON

26. Si non, pourquoi?

Concernant la législation :

27. Connaissez-vous la législation exacte (amendes et/ou peines encourues) quant aux MSF?

- OUI
- NON

28. Si une femme ayant subi des MSF accouche d'une petite fille, pensez-vous pouvoir lui délivrer une information de prévention en ce qui concerne les MSF sur une mineure et les éventuels risques juridiques encourus quant à la pratique des MSF sur cette dernière?

- OUI
- NON

29. Selon vous, les peines encourues s'appliquent-elles si les MSF ont lieu à l'étranger?

- OUI
- NON

Concernant la reconstruction clitoridienne :

30. Savez-vous qu'il existe une technique de reconstruction clitoridienne?

- OUI
- NON

31. Si oui, connaissez-vous les modalités de cette dernière (technique chirurgicale, durée d'intervention et d'hospitalisation, le suivi post-opératoire, la prise en charge par la sécurité sociale)?

- OUI
- NON

32. Vous sentiriez-vous à l'aise pour la proposer à votre patiente?

- OUI
- NON

33. Si non, pourquoi?

Concernant la place de la sage-femme :

34. Pensez-vous que la sage-femme puisse être un acteur principal pour le dépistage des MSF?

- OUI
- NON

35. Si oui, dans quel cadre? (Accompagnement, écoute, conseils, prévention, informations...) Et à quel moment?

36. Pensez-vous que la sage-femme puisse être un acteur principal dans la prise en charge des femmes souhaitant une reconstruction clitoridienne?

- OUI
- NON

37. Si oui, dans quel cadre?

38. Connaissez-vous des organismes et/ou des personnes ressources vers qui vous pourriez orienter les patientes concernées?

Concernant votre formation :

39. Êtes-vous satisfait(e) de votre formation initiale quant aux MSF?

- OUI
- NON

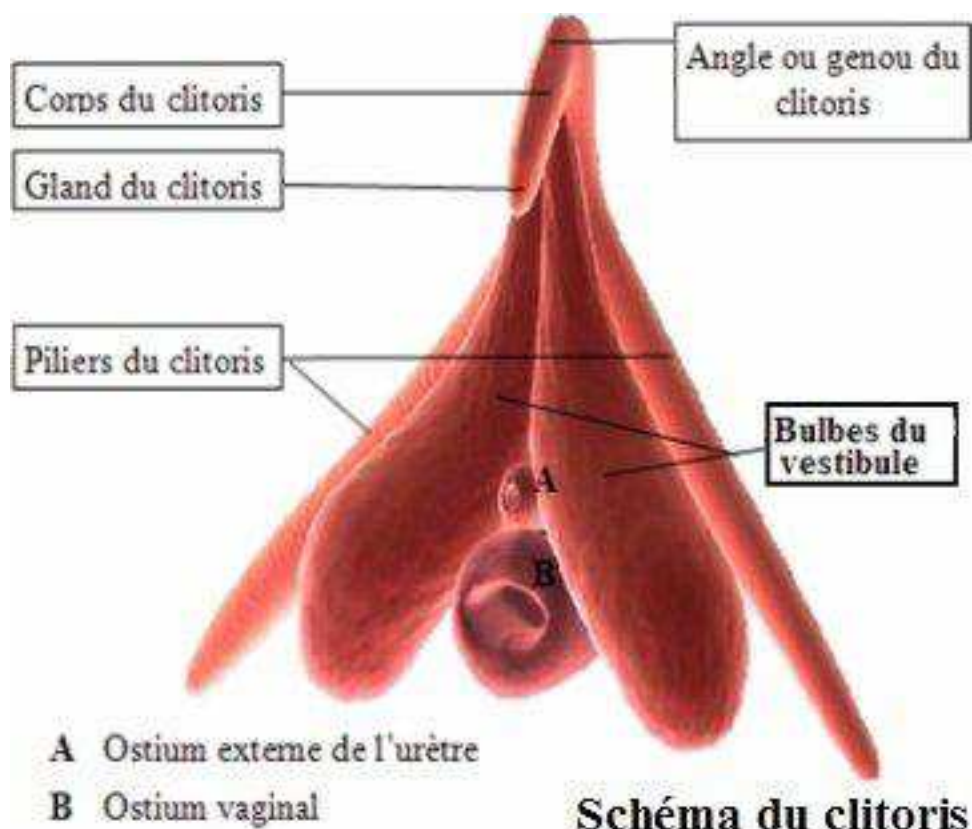
40. Si non, que vous a-t-il manqué selon vous?

Annexe II : Tableau récapitulatif de la législation africaine associé aux prévalences des MSF pour chaque pays

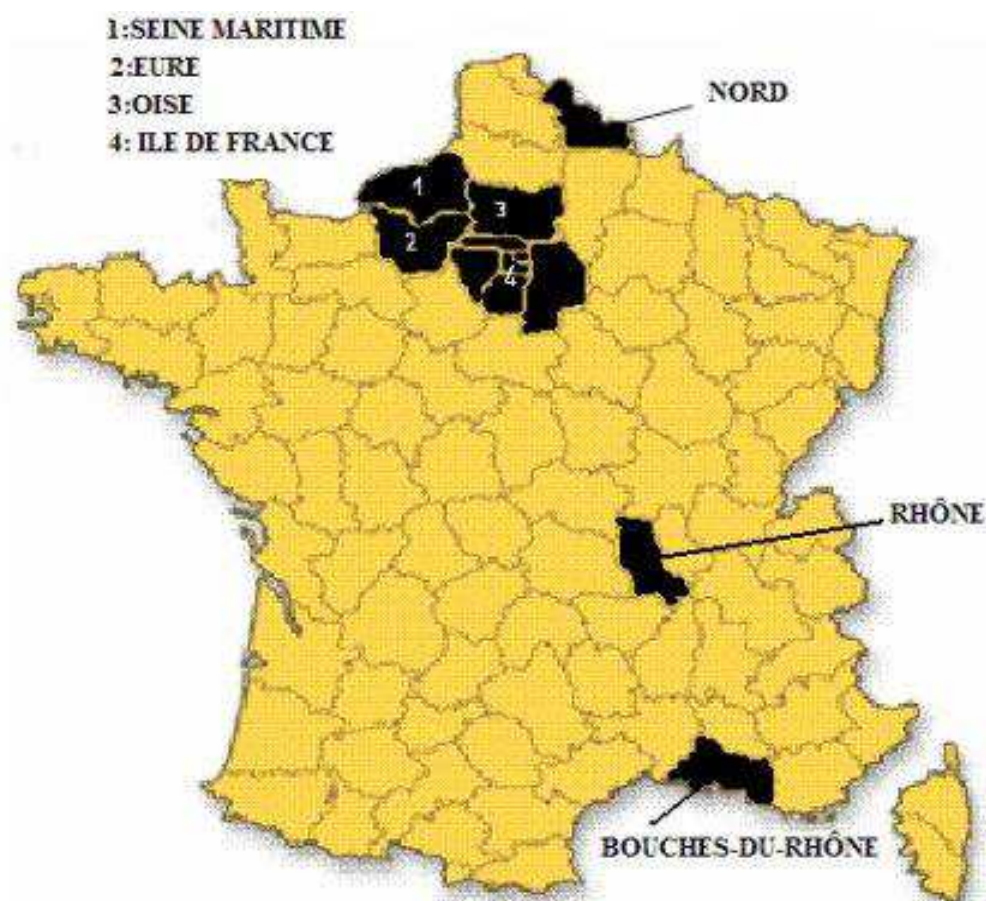
Pays	Loi contre MSF	Code pénal pour condamner les MSF	Campagnes de luttés contre les MSF	Prévalence
Benin	2003		Oui	50,00%
Burkina Faso	1987	Oui	Oui	70,00%
Cameroun	Non	Oui	Non	20,00%
Cote d'Ivoire	1996		Non	60,00%
Djibouti	1995	Oui	Non	98,00%
Egypte	1997	Oui	Non	97,00%
Erythrée	Non	Non	Oui	90,00%
Ethiopie	Non	Oui	Oui	90,00%
Gambie	Non	Oui	Non	90,00%
Ghana	1994	Oui	Oui	30,00%
Guinée-Bissau	1994	Non	Non	50,00%
Guinée-Conakry	2001	Oui	Oui	70,00%
Kenya	1982	Oui	Oui	50,00%
Libéria	1994	Non	Non	60,00%
Mali	Non	Oui	Oui	94,00%
Mauritanie	Non	Non	Non	25,00%
Niger	Non	Oui	Oui	20,00%
Nigéria	Non	Oui	Oui	50,00%
Ouganda	1995		Non	5,00%
République Centrafricaine	1966	Oui	Non	50,00%
Rep dem Congo	Non	Oui	Non	5,00%
Sénégal	1998	Oui	Oui	20,00%
Sierra Leone	1953	Oui	Non	90,00%
Somalie	1978	Oui	Non	98,00%
Soudan	1946	Oui	Non	89,00%
Tanzanie	1998		Non	10,00%
Tchad	Non	Non	Non	60,00%
Togo	1998		Oui	12,00%

Annexe III : Technique détaillée de la reconstruction clitoridienne et schéma du clitoris

1. Incision pré-pubienne
2. Section du ligament suspenseur
3. Libération du genou clitoridien
4. Libération du corps clitoridien
5. Résection cicatricielle
6. Reconstitution du gland
7. Réimplantation du gland
8. La couverture
9. Fermeture cutanée



Annexe IV : Répartition géographique des femmes ayant subi des mutilations sexuelles féminines en France



Que sont les mutilations sexuelles féminines ?

- **L'excision**
C'est l'ablation d'une partie plus ou moins importante du clitoris et des petites lèvres. Cette mutilation est surtout le fait d'éthnies vivant en Afrique de l'Ouest. On peut la comparer à la section du pénis chez le garçon.
- **L'infibulation**
L'excision du clitoris et des petites lèvres est complétée par la section des grandes lèvres dont les deux moignons sont cousus bord à bord de telle façon qu'il ne persiste qu'une minuscule ouverture pour l'écoulement de l'urine et des règles. L'infibulation est surtout pratiquée en Afrique de l'Est. En Afrique de l'Ouest, les grandes lèvres sont sectionnées : l'accouplement se fait par cicatrisation, sans suture.

Quelles sont les raisons invoquées des mutilations sexuelles féminines ?

- **ON DIT que les mutilations sexuelles rendent les femmes plus fécondes...**
- **EN RÉALITÉ** : Les mutilations sexuelles féminines n'augmentent pas la fécondité. L'accouchement est souvent plus difficile, peut même parfois entraîner la mort du nouveau-né et de sa mère.
- **ON DIT que les mutilations sexuelles sont imposées par la religion...**
- **EN RÉALITÉ** : Aucune religion n'impose les mutilations sexuelles féminines. Ce sont des coutumes dont l'origine est antérieure aux religions. Le Coran n'en parle pas.
- **ON DIT que ces pratiques assurent la pureté et la virginité des filles ainsi que la fidélité des épouses, et qu'une jeune fille non-excisée ne trouvera pas de mari...**
- **EN RÉALITÉ** : Le comportement sexuel dépend de l'éducation, du caractère et relève de l'intimité : les mutilations sexuelles féminines ne permettent pas de le contrôler. Par contre, elles peuvent entraîner des conséquences sexuelles (douleurs...) qui pourront avoir un impact sur les relations de couple. Et de plus en plus de jeunes hommes préfèrent se marier avec une jeune femme non-excisée.
- **ON DIT qu'il faut respecter coutumes et traditions...**
- **EN RÉALITÉ** : il existe des coutumes et des traditions bénéfiques pour la santé. D'autres sont très dangereuses comme les mutilations sexuelles féminines.

Les traditions néfastes qui attirent à la vie et à l'intégrité d'un être humain doivent disparaître. Pour autant, il convient de respecter les différentes cultures, en encourageant notamment les pratiques traditionnelles bénéfiques qui contribuent à l'épanouissement des personnes.

Depuis plusieurs années, dans de nombreux pays africains des femmes et des hommes s'engagent pour abandonner ces pratiques et préserver la santé de leurs filles.

Vous pouvez agir pour prévenir cette violence et protéger les petites filles et les adolescentes menacées d'excision et d'autres formes de mutilations sexuelles féminines

Vous pensez qu'une fillette, du fait de son origine, est potentiellement menacée d'excision ?

INFORMEZ la famille sur les dangers des mutilations sexuelles féminines

- Sur les conséquences néfastes immédiates : saignement, hémorragie pouvant entraîner la mort, douleur intense, brûlures...
- Sur les conséquences tout au long de la vie : infections vulvaires, urinaires, gynécologiques, septicémies pouvant entraîner la stérilité ou la mort, accouchements difficiles, rapports sexuels très douloureux, graves répercussions sur la santé mentale...

Vous craignez qu'un séjour au pays soit l'occasion de faire exciser une fillette ?

RAPELEZ LA LOI

- En France, et dans de nombreux pays, la loi interdit et sanctionne les mutilations sexuelles féminines, elle protège les enfants résidant en France, quelque soit le pays d'origine de leurs parents, et soutient les pères et les mères qui refusent d'infirmer cette blessure à leurs fillettes et qui s'opposent à la perpétuation de cette coutume.

Si cette démarche de persuasion ne suffit pas, si le risque persiste ou est imminent

Vous redoutez qu'une fillette soit prochainement mutilée en France ?

Vous apprenez qu'une fillette va être prochainement mutilée lors d'un séjour au pays ?

- SAISISSEZ les autorités de protection de l'enfance du département :**
- la CRIP ou l'ASE (voir adresses au dos) qui saisira le Parquet des mineurs du Tribunal de Grande Instance
 - à défaut ou dans les situations d'urgence immédiate la Procureur directement.

Sachez que ...

- **Toute personne, médecin ou simple citoyen qui a connaissance d'un tel risque, a le devoir de signaler que cette fillette est en danger. Le secret professionnel est levé pour les professionnels qui y sont soumis.**
- Ces instances pourront saisir le juge des enfants, celui-ci est compétent dès lors que la santé et la sécurité du mineur sont en danger.
- Ce juge pourra convoquer les parents, et leur rappellera que l'excision, comme toute autre mutilation, est un crime passible de la Cour d'assises.
- Si l'excision a lieu à l'étranger, fillettes et adolescentes peuvent à cette occasion être « mariées » contre leur gré. Une fois la fillette hors du territoire français, toute intervention sera difficile : agissez le plus tôt possible.
- Pour protéger la fillette qui doit être envoyée à l'étranger pour y subir la mutilation, le juge peut ordonner l'interdiction de sortie du territoire. Le recours au juge des enfants peut être précieux dans ce cas.

Si vous constatez une excision ou toute autre mutilation sexuelle, y compris pour les jeunes mineures enceintes ou qui viennent d'accoucher dans une maternité...

- TRANSMETTEZ TOUTE INFORMATION PRÉOCCUPANTE à la CRIP qui fera le signalement au Parquet**
- Il n'y a pas d'alternative : médecins et autres professionnels, comme tout citoyen, sont tenus par la loi de signaler qu'une mutilation a été pratiquée.
 - Cette démarche contribue également à protéger les autres fillettes de la même famille ou du même groupe social.

- Une prise en charge des fillettes/femmes ayant subi une mutilation sexuelle féminine peut être proposée : aide psychologique, et éventuellement, pour les mineures, une intervention chirurgicale de restauration du clitoris (permettant au minimum de supprimer les douleurs, remboursée par la Sécurité Sociale).

Vous pouvez contacter à tout moment des associations qui peuvent vous informer et vous aider en FRANCE comme en AFRIQUE. (voir contacts au dos)



La formation des sages-femmes face aux mutilations sexuelles féminines : Evaluation des pratiques professionnelles et propositions d'amélioration des prises en charge.

De nos jours, les mutilations sexuelles féminines sont en recul, aussi bien dans les pays où elles étaient pratiquées à l'origine que parmi les populations migrantes. Cependant, on estime qu'il y a encore 140 millions de femmes mutilées sexuellement dans le monde. Eliminer ces pratiques est un enjeu de santé publique car elles sont délétères non seulement pour la santé des femmes mais aussi pour celle de leurs enfants.

Les professionnels de santé et plus particulièrement les sages-femmes, qui font partie des acteurs principaux garants de la santé des femmes et des nouveau-nés, ont une grande place à prendre dans ce combat.

Les nombreux aspects de ces pratiques traditionnelles et leur complexité expliquent en partie la perpétuation des mutilations sexuelles féminines. Cependant une meilleure formation des professionnels de santé nous permettrait de mieux maîtriser les problématiques entourant ces pratiques et renforcerait notre capacité d'action en tant que défenseurs de l'abandon de l'excision. Il en résulterait également une amélioration des prises en charge notamment sur le plan de la prévention qui contribuerait, très certainement, à une diminution plus rapide et plus importante des mutilations sexuelles féminines à travers le monde.

Mots-clés : circoncision féminine, mutilation génitale féminine, santé publique, profession de sage-femme, formation, prévention.

Training midwives face to female genital mutilations: Evaluation of professional practices and proposals for care improvement

Nowadays, female genital mutilation (FGM) is declining, both countries where they were originally performed and among migrant populations. However, it is estimated that over 140 million women are sexually mutilated in the world. Eliminating these practices is a public health issue because mutilations are not only harmful to women's health but also to their children.

Health professionals and especially midwives have a great place to take in this fight, because midwives are guaranteeing the health of women and newborns.

The many aspects of these practices and their complexity partly explain the perpetuation of FGM. However, a better training of health professionals would allow us to better control the issues surrounding these practices and to strengthen our ability to act as advocates for the abandonment of FGM. It would also increase the quality of the support especially in terms of prevention and that would contribute to a faster and more significant decrease of FGM worldwide.

Keywords: circumcision, female, ritual female circumcision (procedure), public health, midwifery, training, prevention.